

Mestrado em Enfermagem
Área de Especialização de Enfermagem de
Reabilitação

Relatório de Estágio

A Intervenção do Enfermeiro Especialista em
Enfermagem de Reabilitação na capacitação da pessoa
com DPOC para a gestão do regime terapêutico

Luciana Patrícia Meirinhos Pires Rodrigues

Lisboa

2017



Mestrado em Enfermagem
Área de Especialização de Enfermagem de
Reabilitação

Relatório de Estágio

A Intervenção do Enfermeiro Especialista em
Enfermagem de Reabilitação na capacitação da pessoa
com DPOC para a gestão do regime terapêutico

Luciana Patrícia Meirinhos Pires Rodrigues

Orientador: Prof. Joaquim Paulo Cabral de Oliveira

Lisboa

2017



*A reabilitação, mais do que uma disciplina,
é o testemunho de um espírito particular;
o do interesse sentido pelo futuro da pessoa,
mesmo quando a cura ou a reparação
do seu corpo – regresso do mesmo
à normalidade – deixam de ser possíveis.*

Walter Hesbeen

Agradecimentos

Ao meu filho Rafael, o amor da minha vida, a estrela que me ilumina, a fonte que me inspira a querer ser melhor a cada dia.

Ao meu marido Nuno, o meu companheiro de vida, que com a sua força e determinação me ajudou a superar este longo e árduo desafio.

Aos meus pais Fernando e Inês, pelo seu amor e apoio incondicional em todas as etapas da minha vida.

À Isabel, pelo companheirismo e amizade incondicional.

À Esmeralda, pela amizade e incentivo constante.

Às Senhoras Enfermeiras Orientadoras do Ensino Clínico Susana Esteves e Maria Joaquina Ribeiro, pela experiência e saberes técnicos e humanos transmitidos ao longo deste percurso.

Ao Senhor Professor Joaquim Paulo Cabral de Oliveira pela sua compreensão, apoio e sabedoria que guiaram o meu percurso académico.

A todos, o meu sincero obrigado.

Abreviaturas e Siglas

AAT – Alfa1-antitripsina

ACES – Agrupamento de Centros de Saúde

AVD's – Atividades de Vida diária

CADI – Índice de Avaliação das Dificuldades do Cuidador

CIF - Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde

CIPE – Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem

COPD - Chronic Obstructive Pulmonary Disease

DGS – Direção Geral de Saúde

DPOC – Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica

ECCI – Equipa de Cuidados Continuados Integrados

EE – Enfermeiro Especialista

EEER – Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação

FEV₁ – Volume expiratório forçado no 1º segundo

FVC – Capacidade vital forçada

GOLD - Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease

HDS – Hospital Anxiety and Depression Scale

HCL – Hospital Central de Lisboa

HTA – Hipertensão Arterial

ICN – International Council of Nurses

OMS – Organização Mundial de Saúde

PR – Programa de Reabilitação

RR – Reabilitação Respiratória

TAC – Tomografia Axial Computadorizada

UCC – Unidade de Cuidados Continuados

URR – Unidade de Reabilitação Respiratória

VMI – Ventilação Mecânica Invasiva

RESUMO

A Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica (DPOC) representa um importante desafio de saúde pública. É a maior causa de morbidade e mortalidade em todo o mundo e prevê-se que seja a terceira principal causa de morte até 2020. Mais de 3 milhões de pessoas morreram com DPOC em 2012, contabilizando 6% da população mundial. (GOLD, 2017).

A DPOC é uma doença prevenível e tratável, caracterizada por persistentes sintomas respiratórios como dispneia, tosse e expectoração purulenta, e limitação do fluxo aéreo devido a uma resposta inflamatória crônica das vias aéreas causada por uma prolongada exposição a substâncias nocivas, nomeadamente o tabaco. (GOLD, 2017).

Embora a DPOC não seja uma doença reversível, a intervenção terapêutica precoce do enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação (EEER) permite o atraso na degradação da função pulmonar e a consequente melhoria da qualidade de vida.

Os principais benefícios da Reabilitação Respiratória na DPOC são o alívio dos sintomas, quebra do ciclo vicioso da dispneia, aumento da tolerância ao esforço, redução da ansiedade e depressão, melhoria da capacidade funcional na realização das atividades de vida, diminuição das exacerbações, redução do número de internamentos e reintegração social (Cordeiro & Menoita, 2014).

A adesão ao regime terapêutico é a principal via de acesso à melhoria do estado de saúde da pessoa com DPOC. A questão da adesão é reconhecida como multifatorial e complexa. É elevado o número de fatores de adesão/não-adesão. As consequências da não-adesão têm repercussões na estabilização da doença e na qualidade de vida da pessoa, justificando um maior investimento nas medidas de promoção da adesão ao regime terapêutico, reduzindo barreiras e obstáculos geradores de incumprimento do mesmo (Ordem dos Enfermeiros, 2009).

O EEER desenvolve, em conjunto com a pessoa e cuidador, planos de gestão do regime terapêutico, cabendo-lhe a identificação das dificuldades e constrangimentos que possam constituir barreira à não-adesão e atuar sobre eles.

Palavras-chave: Enfermagem; DPOC; Reabilitação; capacitação; gestão do regime terapêutico.

ABSTRACT

The Chronic Obstructive Pulmonary Disease (COPD) represents an important public health challenge. It is the major cause of chronic morbidity and mortality throughout the world and is expected to become the 3rd leading cause of death by 2020. More than 3 million people died of COPD in 2012, accounting for 6% of all deaths globally. (GOLD, 2017).

COPD is a preventable and treatable disease, characterized by persistent respiratory symptoms like dyspnea, cough and sputum production, and airflow limitation due to a chronic inflammatory response of the airways usually caused by prolonged exposure to noxious particles, in particular tobacco. (GOLD, 2017).

Although COPD is not a reversible disease, an early therapeutic intervention of a rehabilitation specialist nurse allows the delay in the degradation of lung function and the consequent improvement of the quality of life.

The main benefits of Respiratory Rehabilitation in COPD are symptom relief, breakdown the vicious cycle of dyspnea, increase tolerance to effort, reduce the anxiety and depression, improve the functional capacity in the performance of life activities, reduce exacerbations, reduce the number of hospitalizations and social reintegration (Cordeiro & Menoita, 2014).

Adherence to the therapeutic regimen is a major way of improve the health status of the person with COPD. The adhesion is recognized as a multifactorial and complex issue. The number of adherence / non-adherence factors is high and the consequences of non-adherence have repercussions on the stabilization of the disease and life quality of the person justifying a greater investment in measures to promote adherence to the therapeutic regime, reducing barriers and obstacles that generate non-compliance with the same (Ordem dos Enfermeiros, 2009).

Rehabilitation specialist nurse develops, together with the person and caregiver, therapeutic regime management plans, being responsible for identifying difficulties and constraints that may constitute a barrier to non-adherence and act on them.

Keywords: Nursing; COPD; Rehabilitation; empowerment; therapeutic regimen management.

ÍNDICE

INTRODUÇÃO	12
1. DESCRIÇÃO E ANÁLISE CRÍTICA DAS ATIVIDADES DESENVOLVIDAS	25
2. AVALIAÇÃO	49
CONCLUSÕES E TRABALHOS FUTUROS	54
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	57

ANEXOS

Anexo I - Modified British Medical Research Council (mMRC) Questionnaire, versão modificada

Anexo II - COPD Assessment Test - CAT

Anexo III - Escala de Glasgow

Anexo IV - Escala de Lower

Anexo V - Escala Numérica da Dor

Anexo VI - Índice de Barthel

Anexo VII - Escala de Morse

Anexo VIII - Escala de Braden

Anexo IX - Índice de Lawton

Anexo X – Escala de Borg Modificada

Anexo XI - Teste de Fagerström adaptado

Anexo XII – Teste de Richmond

Anexo XIII – Registo de Ensino de Terapêutica Inalatória

Anexo XIV – Artigo *Validation study of a Portuguese version of the Hospital Anxiety and Depression Scale*

Anexo XV – Artigo *Anxiety and depression in Portuguese patients with chronic obstructive pulmonary disease: a multicentre cross-sectional study*

Anexo XVI – HADS: Escala Hospitalar de Ansiedade e Depressão

Anexo XVII - Registo de Enfermagem de Reabilitação – Internamento URR

Anexo XVIII - Registo de Enfermagem de Reabilitação – Ambulatório URR

APÊNDICES

Apêndice I – Projeto de Estágio

Apêndice II – Estudo de Caso

Apêndice III – Estudo de Caso

Apêndice IV – Estudo de Caso

Apêndice V – Estudo de Caso

Apêndice VI – 1º Jornal de Aprendizagem

Apêndice VII – 2º Jornal de Aprendizagem

Apêndice VIII – 3º Jornal de Aprendizagem

Apêndice IX – 4º Jornal de Aprendizagem

Apêndice X – 5º Jornal de Aprendizagem

Apêndice XI – Ação de Formação “DPOC e Terapêutica Inalatória”

Apêndice XII – Pulmão Artificial

Apêndice XIII - Folheto “Inaladores de Pó Seco”

Apêndice XIV - Folheto “Inaladores Pressurizados”

Apêndice XV - Folheto “Câmara Expansora”

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1: *The refined ABCD assessment tool*

Figura 2: *Pharmacologic treatment algorithms by GOLD Grade [highlighted boxes and arrows indicate preferred treatment pathways]*

ÍNDICE DE TABELAS

Tabela 1: Classificação da gravidade da limitação do fluxo aéreo na DPOC de acordo com a avaliação espirométrica pós-broncodilatação

Tabela 2: Outras abordagens terapêuticas

INTRODUÇÃO

As doenças respiratórias, como a DPOC, afetam por ano, centenas de milhões de pessoas, e fazem mais de quatro milhões de vítimas, prejudicando a saúde e o bem-estar das pessoas, tendo um impacto negativo na pessoa, família e sociedade.

As mulheres e as crianças são especialmente vulneráveis, sobretudo em países de baixos e médios rendimentos, onde estão expostas à poluição derivada da utilização de combustíveis sólidos para cozinhar e aquecimento.

Nos países de altos rendimentos, o principal fator de risco é o tabaco. Nestes países, a taxa de mulheres e jovens fumadores continua a aumentar. (Organização Mundial de Saúde, 2007).

Em Portugal, as doenças respiratórias são a 3ª causa de mortalidade e a 5ª causa de internamentos hospitalares (Observatório Nacional das Doenças Respiratórias, 2016).

De acordo com o Programa Nacional para as Doenças Respiratórias (2012), estas atingem cerca de 40% da população portuguesa, calculando-se uma prevalência de 14,2% para a DPOC em pessoas com mais de 40 anos.

A DPOC é a quarta principal causa de morte no mundo, representando um importante desafio de saúde pública. É uma doença prevenível e tratável, causada por danos persistentes nos pulmões, associados a uma resposta inflamatória crónica das vias aéreas, causados por uma prolongada exposição a substâncias nocivas, nomeadamente o tabaco (GOLD, 2017). É uma doença crónica, de evolução lenta, caracterizada por fases estáveis frequentemente interrompidas pelo agravamento dos sintomas, designadas exacerbações agudas (Monahan *et al*, 2007).

A DPOC apresenta duas variáveis fisiopatológicas. São elas, o enfisema (destruição do parênquima pulmonar) e a bronquite aguda (inflamação das vias aéreas centrais). A limitação do fluxo de ar expiratório é a consequência funcional destas anomalias.

A GOLD (2017) refere que a etiologia da DPOC se deve à exposição ativa e/ou passiva ao fumo do tabaco, ambientes fechados pobremente ventilados, poluição atmosférica e ambiental (emissão de fumo por veículos motorizados, combustão de petróleo, fogueiras a céu aberto, incêndios) e outros tipos de tabaco (cachimbo, charuto, marijuana) bem como, idade, género feminino, infeções respiratórias

recorrentes, baixo nível socioeconómico, hiperreatividade brônquica não especificada, e défice de alfa1-antitripsina (AAT).

O défice de AAT é a única doença genética identificada que pode causar DPOC. A AAT é uma enzima que, normalmente, impede a perda das fibras elásticas dos pulmões. A AAT é uma proteína sérica produzida pelo fígado que se encontra nos pulmões. A sua função é proteger os pulmões da elastase (Monahan *et al*, 2007). A elastase é uma proteinase libertada durante o processo proteolítico derivado do aumento dos macrófagos nas paredes das vias aéreas e no parênquima pulmonar das pessoas que desenvolvem DPOC. A elastase tem como alvo a elastina, componente essencial das paredes alveolares. Na sua ausência, a elastase contribui para a destruição do parênquima pulmonar, causando alterações estruturais graves (Cordeiro & Menoita, 2012).

A exagerada resposta inflamatória dos pulmões a partículas tóxicas, desencadeia várias alterações anatomopatológicas, entre as quais obstrução das vias aéreas, destruição do parênquima pulmonar e *cor pulmonale* (insuficiência cardíaca direita) (Cordeiro & Menoita, 2012). Estas alterações aumentam com a evolução da doença.

As pequenas vias aéreas estão em constante regeneração, tornando as suas paredes espessadas. Estas alterações diminuem a capacidade das vias aéreas permanecerem abertas durante a expiração. O fluxo aéreo expiratório é limitado pelo precoce encerramento das vias aéreas, promovendo uma maior resistência das mesmas, com consequente aumento do tempo expiratório (Cordeiro & Menoita, 2012).

A progressiva obstrução das pequenas vias aéreas durante a expiração resulta em hiperinsuflação pulmonar. Esta reduz a capacidade inspiratória de tal forma que a capacidade funcional residual aumenta, particularmente durante o exercício (hiperinsuflação dinâmica), resultando no aumento da dispneia e limitação da tolerância ao esforço (GOLD, 2016).

Estes factos contribuem para a diminuição da força contráctil dos músculos respiratórios, consequentemente alterações na mecânica diafragmática. As hemicúpulas diafragmáticas tornam-se retilíneas, restringindo a excursão diafragmática. O diafragma trabalha com aumento da carga mecânica derivado da

limitação do fluxo aéreo e das mudanças geométricas do tórax (GOLD, 2016; Cordeiro & Menoita, 2012).

O parênquima pulmonar também sofre alterações, nomeadamente, destruição dos septos alveolares, com ou sem fibrose, e redução da retração elástica, resultando em limitação do fluxo aéreo.

A extensão da inflamação, a fibrose das pequenas vias aéreas e do parênquima pulmonar correlacionam-se com a diminuição do Volume Expiratório Forçado no 1º segundo (FEV₁), bem como o ratio FEV₁/FVC (Capacidade Vital Forçada) (GOLD, 2016).

A *cor pulmonale* desenvolve-se tardiamente no decorrer da evolução da DPOC, devido ao aumento da resistência vascular pulmonar provocada pela acidose respiratória e hipoxemia, que aumenta a pressão no lado direito do coração (Monahan *et al*, 2007).

Os sintomas característicos da DPOC são a dispneia, tosse e expectoração purulenta (GOLD, 2017). A tosse crónica, normalmente, precede o desenvolvimento da limitação do fluxo aéreo expiratório durante muitos anos (Cordeiro & Menoita, 2012).

Os sintomas são geralmente observáveis na quinta década de vida. As pessoas vão diminuindo inconscientemente as suas AVD's de forma a adaptarem-se às mesmas. Só por volta dos 60-70 anos, ocorre dispneia de esforço (Monahan *et al*, 2007).

O diagnóstico diferencial é realizado com base na sintomatologia, história de exposição a fatores de risco e espirometria. Esta deve ser realizada antes e após administração de um broncodilatador. Se a relação FEV₁/FVC for inferior a 70% pós-broncodilatador, confirma-se presença de DPOC. A espirometria é o instrumento de medida de limitação do fluxo aéreo mais fiável (GOLD, 2017).

À observação física no início da doença, Monahan *et al* referem que esta

pode revelar apenas expiração lenta e sibilos na expiração forçada. À medida que avança a obstrução, a hiperinsuflação torna-se evidente e o diâmetro antero-posterior do tórax aumenta. O diafragma torna-se limitado em termos de movimento. Os sons respiratórios estão diminuídos, a expiração é prolongada e os sons cardíacos estão frequentemente distantes. Na auscultação podem ouvir-se ferveores nas bases pulmonares. Muitas vezes, podem ouvir-se sibilos na expiração forçada (Monahan *et al*, 2007:695).

A avaliação da gravidade da doença é crucial para determinar a gravidade da limitação do fluxo aéreo, o impacto da DPOC no estado de saúde da pessoa e risco de exacerbações, a fim de orientar a terapêutica e a gestão da doença (Cordeiro & Menoita, 2014).

A GOLD (2017) classifica a gravidade da DPOC através da conjugação da avaliação dos sintomas, avaliação da severidade da obstrução do fluxo aéreo e avaliação da frequência das exacerbações.

Para a avaliação dos sintomas, a GOLD (2017) recomenda o uso da Escala de avaliação da dispneia “Modified British Medical Research Council (mMRC)” (Anexo I) ou a Escala de Avaliação da DPOC “COPD Assessment Test – CAT” (Anexo II).

A gravidade da obstrução do fluxo aéreo na DPOC é classificado através da espirometria, com base no FEV₁ pós-broncodilatador (Tabela 1).

Tabela 1: Classificação da gravidade da limitação do fluxo aéreo na DPOC de acordo com a avaliação espirométrica pós-broncodilatação

FEV₁ / FVC < 0.7		
GOLD 1	Ligeiro	FEV ₁ ≥ 80%
GOLD 2	Moderado	FEV ₁ < 80% e ≥ 50%
GOLD 3	Grave	FEV ₁ < 50% e ≥ 30%
GOLD 4	Muito grave	FEV ₁ < 30%

Fonte: GOLD (2017, adaptado)

A frequência das exacerbações é avaliada mediante a história individual de cada pessoa nos últimos 12 meses. Se a pessoa apresentar 0-1 exacerbação sem hospitalização no último ano significa baixo risco de exacerbações. Se a pessoa apresenta ≥ 1 com hospitalização ou ≥ 2 exacerbações por ano significa alto risco de exacerbação da doença.

A GOLD (2017) categoriza a DPOC de acordo com a avaliação em (Figura 1):

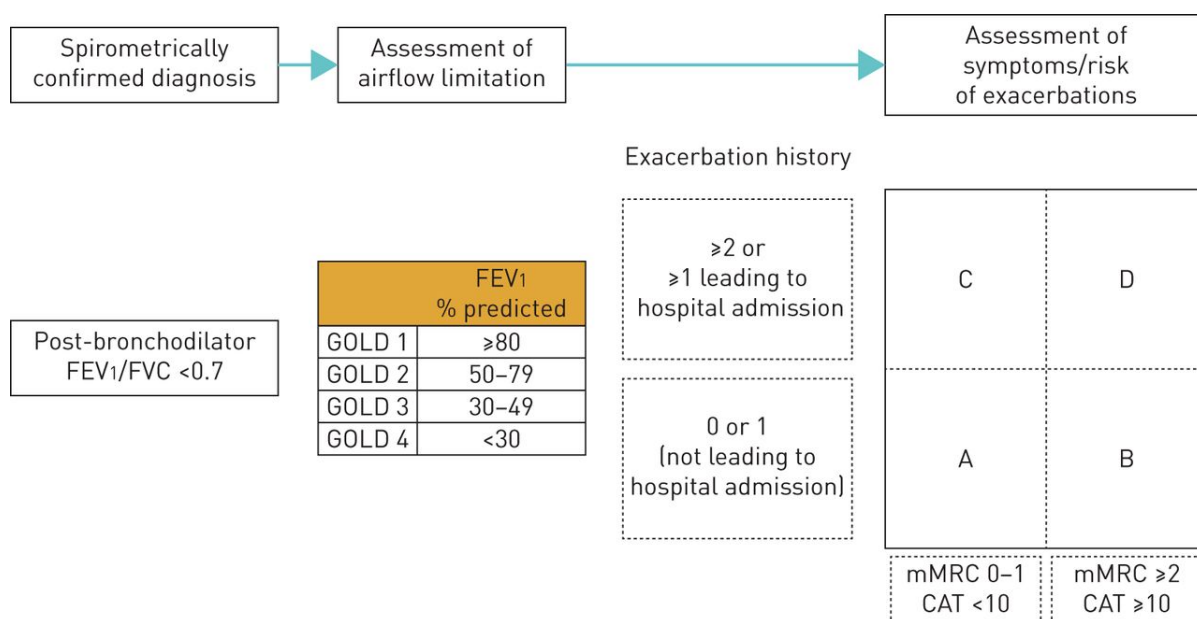
Grupo A: baixo risco de exacerbações e menos sintomas;

Grupo B: baixo risco de exacerbações e mais sintomas;

Grupo C: alto risco de exacerbações e menos sintomas;

Grupo D: alto risco de exacerbações e mais sintomas.

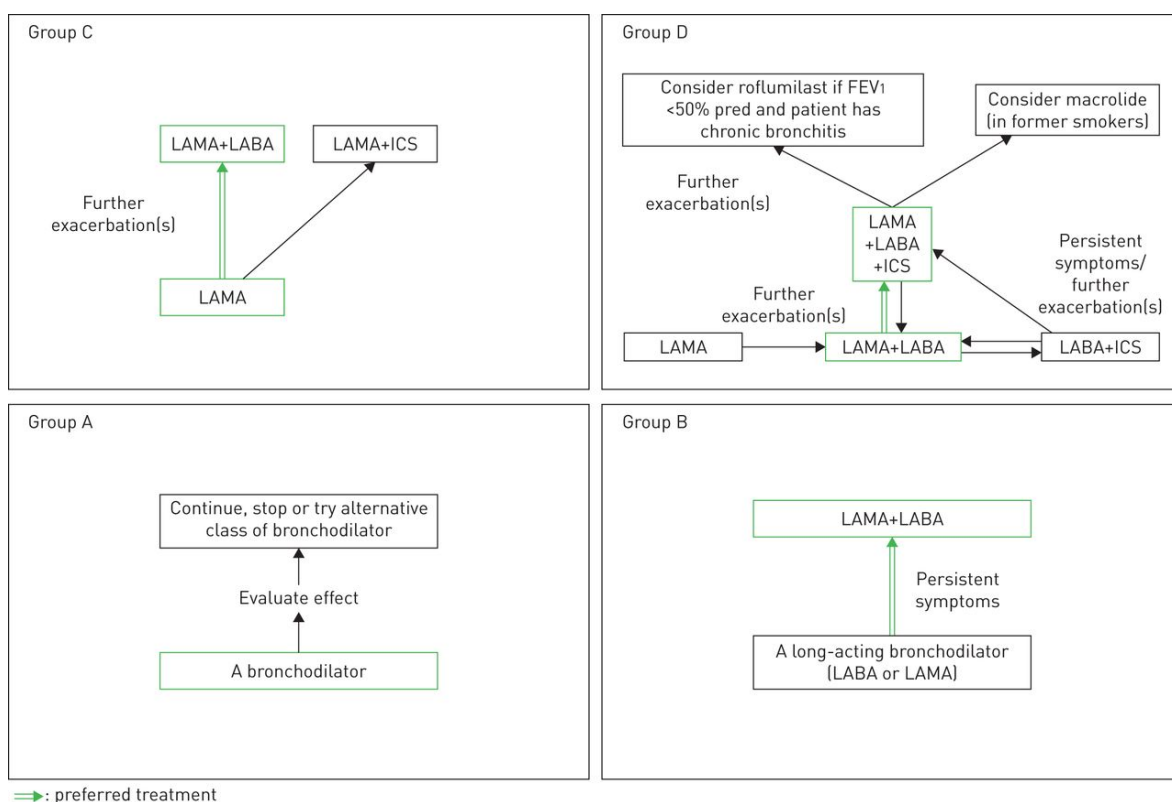
Figura 1: The refined ABCD assessment tool



Fonte: GOLD (2017)

Com base nesta classificação é, então, definido o tratamento farmacológico (Figura 2) e não farmacológico (Tabela 2).

Figura 2: Pharmacologic treatment algorithms by GOLD Grade [highlighted boxes and arrows indicate preferred treatment pathways]



Fonte: GOLD (2017)

Tabela 2: Outras abordagens terapêuticas

Grupo	Essencial	Recomendado	Vacinação
A	Cessa�o tabágica (pode incluir tratamento farmacológico)	Atividade física	Vacina da gripe + Vacina pneumoc�tica
B, C, D	Cessa�o tabágica tabágica (pode incluir tratamento farmacológico) + Reabilita�o Respiratória	Atividade física	Vacina da gripe + Vacina pneumoc�tica

Fonte: GOLD (2017, adaptado)

A DPOC tem um impacto direto na qualidade de vida das pessoas. Quando não controlada, torna-se uma doença incapacitante a vários níveis, interferindo no poder económico e nas oportunidades de emprego. Este impacto negativo traduz-se na redução de rendimentos, ausência de salários dos prestadores de cuidados; perda de bens materiais para fazer face a custos diretos e despesas imprevisíveis; perda de oportunidades para os familiares mais jovens que abandonam a escola para cuidarem dos adultos doentes (OMS, 2007).

A agudização dos sintomas, os tratamentos complexos, a perda de independência e as dificuldades de relacionamento, financeiras e profissionais geram ansiedade e *stress* à pessoa com DPOC. A dificuldade cada vez maior em realizar as AVD's recorda aos doentes a sua incapacidade crescente para o autocuidado, afetando a qualidade de vida.

O controlo dos sintomas é um objetivo essencial do programa de reabilitação. Quando os sintomas físicos, nomeadamente, dispneia e fadiga, se agravam, podem provocar alterações funcionais, com vários graus de incapacidade. Os doentes sentem maior dificuldade em desempenhar as AVD's, tarefas domésticas e profissionais. (Esmond, 2005).

Daqui surge a necessidade da adesão ao regime terapêutico com o intuito de controlar os sintomas, prevenir agudizações e auto-gerir a doença, com vista à manutenção da capacidade para realizar as AVD'S, diminuindo a ansiedade e o stress e melhorando a qualidade de vida.

O International Council of Nurses define *adesão* como *a medida em que o comportamento de uma pessoa – tomar a medicação, seguir uma dieta e/ou executar alterações ao estilo de vida, corresponde às recomendações acordadas de um prestador de cuidados de saúde* (ICN, 2009:1).

A adesão ao regime terapêutico engloba não só o cumprimento da prescrição farmacológica, como também a aquisição de comportamentos promotores de saúde. Para tal, o enfermeiro deve compreender de que forma o regime terapêutico se relaciona com a vida da pessoa e cuidador. Esta temática será abordada com maior profundidade mais adiante na página 22.

Algumas das atividades indicativas de adesão ao regime terapêutico por parte da pessoa com DPOC incluem: a toma correta dos medicamentos; marcação de consultas de cuidados de saúde e comparência às mesmas; mudanças no estilo de

vida, incluindo na dieta, exercício, cessação tabágica e gestão do *stress*, bem como a auto-gestão de outros comportamentos que melhoram a saúde e os resultados dos cuidados (Ordem dos Enfermeiros, 2009).

A taxa de adesão ao regime terapêutico, nos países desenvolvidos, ronda os 50%, sendo esta percentagem menor nos países sub-desenvolvidos, devido aos fracos recursos de saúde e desigualdades no acesso aos cuidados de saúde (Ordem dos Enfermeiros, 2009).

A não-adesão ao regime terapêutico aumenta as taxas de morbilidade e mortalidade, reduz a qualidade de vida, aumenta o risco de desenvolvimento de complicações médicas e psicológicas, aumenta a probabilidade de desenvolvimento de resistência aos fármacos, gera desperdício de recursos de cuidados de saúde e compromete os esforços dos profissionais de saúde na melhoria da saúde das populações (ICN, 2009).

A adesão está relacionada com a segurança do doente, com a melhoria na efetividade das intervenções, ganhos em saúde, melhoria da qualidade de vida e esperança média de vida das pessoas, bem como diminuição de custos com cuidados (ICN, 2009).

Para que a pessoa e cuidador adiram ao regime terapêutico é necessária capacitá-la e torná-la autónoma na sua gestão.

A Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde descreve *capacidade* como *a aptidão de um indivíduo para executar uma tarefa ou uma acção* (CIF, 2004, p.17). Assim, capacitar a pessoa para aderir ao regime terapêutico, trata-se de lhe fornecer os pilares essenciais ao desenvolvimento das aptidões necessárias para gerir corretamente o seu regime terapêutico.

Capacitar significa tornar a pessoa autónoma. A autonomia é um direito da pessoa, caracterizada pela Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE® 2) como *status de autogovernança e auto-orientação* (CIPE, 2011:41).

A família e/ou cuidador principal desempenha um importante papel na capacitação da pessoa com DPOC “*participando, encorajando, mantendo uma atitude positiva e proporcionando o necessário feedback positivo* (Esmond, 2005:120). Deve ser envolvida no programa de reabilitação e nas tomadas de

decisão. Constitui um recurso fundamental para a promoção do autocuidado e a aquisição da autonomia necessárias à adesão e gestão do regime terapêutico.

O autocuidado relaciona-se com o conceito de auto-gestão, na medida em que esta competência é utilizada pelas pessoas na tentativa consciente de alcançarem o controlo da sua doença, em vez de serem controladas por ela (Galvão & Janeiro, 2013).

A Teoria Geral de Enfermagem de Dorothea Orem tem por base o autocuidado.

Orem define autocuidado como *o cuidado pessoal diário requerido pelos indivíduos para regularem o seu próprio funcionamento e desenvolvimento* (Orem, 1993, p.4). O autocuidado não é uma ação inata. É uma ação adquirida e interiorizada pela pessoa no seu contexto social e cultural, ao longo do seu desenvolvimento, cuja finalidade é manter a vida, a saúde e o bem-estar, a partir da ação do próprio, ou através dos outros quando em situação de incapacidade parcial ou total (Padilha, 2013,).

A Teoria Geral de Enfermagem de Orem é composta por três teorias inter-relacionadas: Teoria do Autocuidado, Teoria do Défice de Autocuidado e Teoria dos Sistemas de Enfermagem.

Na Teoria do Autocuidado, é definido o conceito de autocuidado e quais os requisitos para o autocuidado: requisitos universais, de desenvolvimento e por desvio de saúde (Cunha, Cardoso & Oliveira, 2005). Esta teoria baseia-se na premissa que o indivíduo desenvolve e implementa um conjunto de ações em benefício próprio, dirigidas ao controlo de fatores internos e/ou externos, cuja finalidade é preservar a vida e a saúde (Padilha, 2013).

A Teoria do Défice de Autocuidado é o cerne da Teoria Geral de Enfermagem de Orem, visto que determina a necessidade da intervenção de enfermagem quando a pessoa é incapaz ou está limitado na satisfação do autocuidado (Cunha *et al*, 2005).

A Teoria dos Sistemas de Enfermagem unifica as restantes teorias, ou seja, é o conjunto de ações de planeamento e execução, que visam o cuidado ao indivíduo com diferentes graus de dependência e a promoção do seu autocuidado (Cunha *et al*, 2005).

Orem (1993) classificou os sistemas de enfermagem em três:

-*Sistema totalmente compensatório*: a pessoa necessita que o enfermeiro o substitua na ação de autocuidado;

-*Sistema parcialmente compensatório*: a pessoa é capaz de assegurar algumas ações de autocuidado, contudo necessita que o enfermeiro o ajude naquilo que ele não é capaz de realizar;

-*Sistema de apoio educativo e de desenvolvimento*: a pessoa mantém a capacidade de desempenhar todas as ações de autocuidado mas necessita da ajuda do enfermeiro para a orientar, supervisionar e otimizar a ação de autocuidado.

A escolha deste modelo conceptual para nortear o meu pensamento e a minha prática de cuidados torna-se pertinente na medida em a DPOC é uma doença incapacitante e evolutiva, cujos efeitos locais e sistémicos reduzem a energia disponível para a concretização de atividades de autocuidado. Como consequência, geram-se défices de autocuidado, que o enfermeiro pode compensar pelas suas ações.

À luz da Teoria de Orem, a progressão da DPOC, pode ser concetualizada como um desvio de saúde, que apela à necessidade de desenvolvimento de estratégias de redução de energia para a concretização de atividades de autocuidado e o estabelecimento de um regime terapêutico para controlar a progressão da doença. Este regime terapêutico deve englobar um regime farmacológico e um regime não farmacológico. Este último abrange atividades direcionadas para controlar a evolução da doença e preservar a autonomia no autocuidado (Padilha, 2013).

Através do *sistema de apoio educativo e de desenvolvimento*, o EEER em parceria com a pessoa/família, implementará ações de autocuidado que promovam o desenvolvimento de capacidades e conhecimentos que visem tomadas de decisão informadas relativamente à doença.

Esta Teoria foi aplicada na prestação de cuidados com base na premissa de Orem *de que o ser humano envolve-se em comunicação e intercâmbio num continuum entre si mesmo e o ambiente de forma a mentar-se vivo e em funcionamento* (Petronilho, 2012:17). Em vários momentos da sua vida, a pessoa vivencia limitações na ação de cuidar de si próprio, agindo deliberadamente para identificar as suas necessidades e executar ações para a manutenção da vida e regulação de funções. Esta ação é exercida com base *na descoberta, no*

desenvolvimento e na transmissão aos outros de modos e recursos que os leva a identificar as próprias necessidades (Petronilho, 2012:17).

Neste sentido, o enfermeiro constitui-se um parceiro do cuidar. Não substitui a pessoa. Antes pelo contrário, encoraja-a a identificar as suas necessidades e ajuda-a na pesquisa de estratégias de resolução que melhor se coadunam com o seu ambiente. Provê a pessoa de informação e mestria necessárias à aplicação dessas estratégias.

Não foi difícil aplicar a Teoria de Orem, pois constatei que cada vez mais a pessoa quer ser agente ativo do seu plano de cuidados. A questão da perda progressiva de autonomia e capacidade de autocuidado motiva a pessoa a querer conduzir o seu plano de cuidados em detrimento das suas necessidades individuais e da sua rotina diária pessoal, familiar e profissional, o que facilitou a sistematização, planeamento e organização dos cuidados especializados prestados.

A auto-gestão do regime terapêutico faz parte das ações de autocuidado. Trata-se de um processo dinâmico e contínuo de implementação de mudanças comportamentais, que desenvolvem a capacidade da pessoa autocontrolar os sintomas, as consequências físicas, emocionais e sociais da doença e o regime de tratamento.

Padilha afirma que *a gestão eficaz do regime terapêutico envolve a capacidade de automonitorizar a condição de saúde, viabilizando, desta forma, a implementação de respostas cognitivas, comportamentais e emocionais necessárias à preservação da autonomia e da qualidade de vida (Padilha, 2013:51).*

O papel do EEER é capacitar a pessoa com DPOC para a gestão do seu regime terapêutico, através da consciencialização da perda da capacidade de se autocuidar aquando da evolução da doença, tornando-a num agente ativo, autónomo e responsável pela gestão do seu regime terapêutico.

A Reabilitação é uma especialidade multidisciplinar, que tem como alvo a pessoa com necessidades especiais ao longo do ciclo vital. A sua missão é o diagnóstico e a intervenção precoce, a promoção da qualidade de vida, a maximização da funcionalidade, o autocuidado e a prevenção de complicações evitando as incapacidades ou minimizando as mesmas (Regulamento N° 350/2015).

Hesbeen define Reabilitação *como a ciência e a arte da gestão dos obstáculos potencialmente geradores de desvantagem (Hesbeen, 2010:52).* Assim, cabe ao

EEER conceber, implementar, monitorizar e avaliar planos de cuidados de Enfermagem de Reabilitação diferenciados (Regulamento Nº 125/2011).

A Reabilitação Respiratória tem como objetivos reduzir sintomas, diminuir a deficiência, aumentar a participação da pessoa nas atividades físicas e sociais, e melhorar globalmente a qualidade de vida da pessoa com doença respiratória crónica (Hoeman, 2011).

Cordeiro & Menoita citando Liebano *et al.* (2009) afirmam que *a Reabilitação Respiratória contribui para prevenir e tratar vários aspectos de desordens respiratórias, tais como, obstrução do fluxo aéreo, retenção de secreções, alterações da função ventilatória, dispneia e melhorar a performance de exercícios* (Cordeiro & Menoita, 2012:59).

O EEER deve contextualizar, adaptar e personalizar cada plano de cuidados, tendo em conta múltiplos fatores relacionados com a patologia (fase evolutiva, estabilização ou agudização, patologias associadas), com a pessoa (grau de instrução e aprendizagem, situação sócio-familiar e profissional), local de implementação (internamento, ambulatório ou domicílio) e meios disponíveis (Cordeiro & Menoita, 2012).

No cuidado à pessoa com DPOC, o EEER é agente promotor de comportamentos de autocuidado e autonomia na gestão do regime terapêutico e na aquisição de estratégias de *coping* para lidar com a doença; aplica medidas de vigilância da função respiratória, prevenindo a sua deterioração, com vista a um ótimo estado respiratório funcional, manutenção do controlo dos sintomas, redução de reinternamentos e melhoria da qualidade de vida da pessoa e cuidador informal (Wong, Carson & Smith, 2012). Avalia o risco e os motivos de não-adesão, desenvolvendo estratégias comportamentais e educativas que permitam a adesão ao regime terapêutico.

A adesão ao regime terapêutico pressupõe uma parceria entre quem cuida e quem é cuidado. Este é o ponto central para uma intervenção participativa de ensino e acompanhamento do processo saúde-doença da pessoa com DPOC. Nesta parceria, o EEER deve ter em conta os níveis de informação da pessoa com DPOC e seu cuidador, a especificidade dos procedimentos terapêuticos e seus efeitos adversos, a duração dos tratamentos, a noção de saúde-doença da pessoa e o nível de conhecimentos do próprio profissional (Moraes, Rolim & Jr., 2009).

O EEER tem, assim, um papel primordial no diagnóstico precoce de limitações/handicaps, prevenção de complicações, tomada de decisões relativamente à promoção da saúde, tratamento e reabilitação, tendo como principal objetivo ajudar a pessoa a atingir o nível máximo de qualidade de vida, maximizando a sua funcionalidade e independência física, emocional e social (Pestana, 2017).

1. DESCRIÇÃO E ANÁLISE CRÍTICA DAS ATIVIDADES DESENVOLVIDAS

Ao longo do ensino clínico prestei cuidados específicos de enfermagem de reabilitação a pessoas com DPOC, e também a pessoas com alterações da mobilidade, pessoas em situação de pré e pós-operatório, pessoas com ventilação mecânica invasiva (VMI) e outras patologias do foro respiratório (adiante mencionadas).

O objetivo geral definido para o desenvolvimento de competências de Enfermeiro Especialista foi: desenvolver competências científicas, técnicas e humanas para prestar cuidados de enfermagem especializados à pessoa com DPOC e família, segundo as competências gerais e específicas do enfermeiro especialista em Enfermagem de Reabilitação.

Todas as atividades desenvolvidas, adiante explanadas, têm subjacente o desenvolvimento de uma prática profissional assente no respeito pelos princípios éticos fundamentais, pelo Código Deontológico e pelas preferências da pessoa/cuidador. Desta forma, a competência comum definida para o Enfermeiro Especialista no domínio: A – Domínio da Responsabilidade Profissional, Ética e Legal, é transversal a todas as atividades desenvolvidas ao longo do ensino clínico.

Para a concretização do Objetivo Específico Nº1: *Compreender a dinâmica organo-funcional de uma UCC do ACES Lisboa Norte e de uma Unidade de Reabilitação Respiratória de um Hospital Central de Lisboa*, desenvolvi um conjunto de ações, tais como, visitas aos locais de estágio durante a fase de execução do projeto, entrevistas com as enfermeiras-chefes e enfermeiras-orientadoras, tanto durante a fase de execução do projeto (Apêndice I) como durante o ensino clínico, com o intuito de conhecer a missão destas Unidades, qual a população-alvo, as suas necessidades, os projetos aí implementados, recursos humanos e materiais, articulação com outros serviços. Consultei, também, normas e protocolos dos serviços, bem como dos processos clínicos dos utentes, nomeadamente as características populacionais (idade, género, nível sócio-económico, grau de escolaridade).

A UCC do ACES Lisboa Norte abrange uma população de 70.830 habitantes, nas freguesias de Avenidas Novas, São Domingos de Benfica e Campolide.

A equipa é constituída por 10 enfermeiros, 1 enfermeiro-chefe, 3 enfermeiros na saúde Escolar e 6 enfermeiros na ECCI (3 EEER, 1 EESMP, 2 Enfermeiros Generalistas). Articulam-se com médico, assistente social e psicóloga, sempre que necessário. A Equipa de Cuidados Continuados Integrados (ECCI) tem 70 vagas.

Os utentes abrangidos cumprem os critérios de: elevada dependência funcional, doença crónica e evolutiva e dependência funcional ou doença incurável em estado avançado e em fase terminal.

A UCC não tem programa de Reabilitação instituído sendo que os EEER prestam cuidados gerais e específicos de reabilitação.

A Unidade de Reabilitação Respiratória (URR) do Hospital Central de Lisboa abrange uma área geográfica de Abrantes ao Algarve. É constituída por 5 Enfermeiros de Reabilitação, 3 Pneumologistas, 1 Psiquiatra, 2 Psicólogos, 1 Dietista, 2 Assistentes operacionais e 1 Assistente técnica. As patologias frequentes são DPOC, asma, fibrose quística, bronquiectasias não fibrose quística, fibrose pulmonar, derrames pleurais, pneumonias, acompanhamento pré e pós-operatório. Os EEER trabalham com os doentes quer em regime de internamento, quer em ambulatório. Neste último, tanto no departamento como no ginásio. Têm instituída a Consulta de Fibrose Quística 2 vezes por semana, onde trabalham conjuntamente com médico, dietista, psicólogo e psiquiatra.

A aquisição deste conhecimento foi importante para eu conhecer a dinâmica organo-funcional das Unidades, integrar-me nas equipas multidisciplinares, integrar a sua missão e valores, e compreender de que forma esta organização e método de trabalho é potenciador e facilitador de uma prestação de cuidados especializados, em particular dos cuidados de enfermagem.

Desta forma, creio que as atividades realizadas permitiram o desenvolvimento de competências de EE no domínio B.3. “Cria e mantém um ambiente terapêutico e seguro” e competências de EEER no domínio J.1. “Cuida de pessoas com necessidades especiais, ao longo do ciclo de vida, em todos os contextos da prática de cuidados”.

Para a concretização do Objetivo Específico Nº2: *Aprofundar conhecimentos técnico-científicos sobre DPOC e a gestão do seu regime terapêutico*, pesquisei diversa bibliografia científica atual referente ao tema; discuti diversas questões que me suscitavam dúvidas com as enfermeiras orientadoras; realizei estudos de caso

(Apêndices II, III, IV e V) para aprofundar conhecimentos científicos e desenvolver jornais de aprendizagem (Apêndices VI, VII, VIII, IX e X) para analisar e refletir sobre o tema. A cada nova situação pesquisava e discutia o assunto informalmente com as enfermeiras orientadoras.

O desenvolvimento destas atividades permitiu-me esclarecer dúvidas, refletir sobre a especificidade dos cuidados de enfermagem, de forma a integrar o conhecimento científico adquirido no desenvolvimento de planos de cuidados individualizados e adaptados às necessidades de cada utente.

Não só me debrucei sobre a DPOC mas, também, sobre derrame pleural, bronquiectasias não fibrose quística, pneumonia, prés e pós-operatórios de cirurgia abdominal alta e ortopédica, VMI e consequências fisiológicas da imobilidade.

A realização destas atividades permitiu-me desenvolver competências de EE nos domínios B.1. “Desempenha um papel dinamizador no desenvolvimento e suporte das iniciativas estratégicas institucionais na área da governação clínica”, B.1.2. “Incorpora diretivas e conhecimentos na melhoria da qualidade na prática”, D.2. “Baseia a sua praxis clínica especializada em sólidos e válidos padrões de conhecimento”, D.2.2. “Suporta a prática clínica na investigação e no conhecimento, na área da especialidade” e competências de EEER no domínio J.1. “Cuida de pessoas com necessidades especiais, ao longo do ciclo de vida, em todos os contextos da prática de cuidados”.

Para a concretização do Objetivo Específico Nº3: *Analisar as intervenções do EEER, no âmbito dos cuidados especializados à pessoa com DPOC*, analisei e refleti sobre as competências comuns do EE e específicas do EEER após consulta dos documentos “Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista” (Regulamento n.º 122/2011) e “Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista Em Enfermagem de Reabilitação” (Regulamento n.º 125/2011). Realizei um período de observação participativa dos cuidados de enfermagem prestados pelo EEER à pessoa com DPOC e/ou cuidador. Discuti informalmente com as minhas orientadoras sobre os cuidados de enfermagem especializados por ela prestados.

Estas atividades visaram fomentar o raciocínio clínico e o pensamento crítico, para desenvolver um olhar especializado e individualizado da pessoa em todos os seus domínios (afetivo, social, cultural, familiar, profissional).

O enfermeiro especialista é o enfermeiro detentor de competências acrescidas e específicas que lhe permitem intervir a um nível de complexidade elevado. *A sua atuação tem em conta as respostas humanas aos processos de vida e aos problemas de saúde, que demonstram níveis elevados de julgamento clínico e tomada de decisão* (Pestana, 2017:47).

Da análise das competências comuns do EE destaco o domínio D1. Desenvolve o auto-conhecimento e a assertividade como sendo o mais difícil, por ser aquele em que o enfermeiro tem que adquirir uma elevada consciência de Si mesmo enquanto pessoa e enfermeiro, para que os seus sentimentos e emoções, crenças e valores não interfiram numa prestação de cuidados imparcial e isenta de juízos de valor.

Refletir sobre esta competência foi extremamente importante. Até aqui não tinha consciência da importância de pensar sobre mim mesma e de como a minha forma de ser e de estar pode interferir, ainda que inconscientemente, na minha prestação de cuidados. A partir do momento em que comecei a pensar sobre mim, percebi que gerir os processos de transferência e contra-transferência com determinadas pessoas/cuidadores é difícil, pois não é simples separar o *eu* pessoa do *eu* enfermeira, visto o *eu* pessoa também ter crenças e valores enraizados que, por vezes, se podem revelar no *eu* enfermeira. Tomar consciência de mim mesma facilitou o estabelecimento de uma relação terapêutica com as pessoas/cuidadores, baseada na confiança e no princípio de que a pessoa sente que não será julgada pelas suas dúvidas e opiniões.

Da análise das competências específicas do EEER destaco a Competência Específica J2. Capacita a pessoa com deficiência, limitação da actividade e/ou restrição da participação para a reinserção e exercício da cidadania como a mais desafiante, uma vez que ajudar a pessoa a aceitar a sua nova condição de vida, revelou-se por vezes difícil, constituindo uma barreira à concretização do processo de capacitação. Qualquer mudança ao longo do ciclo de vida da pessoa exige um processo de adaptação, que esta pode ou não estar disposta a experienciar. No caso da pessoa com incapacidade é importante prepará-la para que faça o processo de transição para nova condição eficazmente, para que as estratégias a desenvolver sejam eficazes na maximização das funcionalidades e minimização das repercussões da incapacidade.

A realização destas atividades permitiu desenvolver competências de EE nos domínios B.2. “Concebe, gera e colabora em programas de melhoria contínua da qualidade”, B.3. “Cria e mantém um ambiente terapêutico e seguro”, D.1. “Desenvolve o auto-conhecimento e a assertividade”, D.2. “Baseia a sua praxis clínica especializada em sólidos e válidos padrões de conhecimento” e competências de EEER no domínio J.1. “Cuida de pessoas com necessidades especiais, ao longo do ciclo de vida, em todos os contextos da prática de cuidados”.

Para a concretização do Objetivo Específico Nº4: *Prestar cuidados de enfermagem especializados à pessoa com DPOC e família utilizando a metodologia do processo de enfermagem*, regi a minha prática de cuidados especializados pela Teoria Geral de Enfermagem de Orem, que me permitiu o reconhecimento dos défices de autocuidado e as necessidades de ensino-aprendizagem da pessoa e cuidador.

Os défices de autocuidado e as necessidades de ensino-aprendizagem por mim identificados prenderam-se, maioritariamente, com a necessidade de ensino sobre a patologia, plano terapêutico (cinesiterapia, terapêutica oral e inalatória), otimização da função respiratória, cuidados de higiene e posicionamentos.

A prestação de cuidados especializados deve-se à utilização de

instrumentos de avaliação que contenham sínteses informativas (dados clínicos) que lhe permitam [ao EE], com rigor, descrever ao pormenor a condição de saúde da pessoa na perspetiva das características definidoras (sinais, sintomas e comportamentos) que estão associados a cada resposta humana resultante de processos de saúde-doença (Pestana, 2017:85).

Para identificar as alterações da condição de saúde da pessoa recorri a instrumentos de colheita de dados válidos e científicos, tais como, Entrevista Inicial, meios complementares de diagnóstico (Raio-X, TAC, análises), relatórios médicos e aplicação de Escalas internacionalmente aceites e validadas, nomeadamente Escala de Glasgow (Anexo III), Escala de Lower (Anexo IV), Escala Numérica da Dor (Anexo V), Índice de Barthel (Anexo VI), Escala de Morse (Anexo VII), Escala de Braden (Anexo VIII), Índice de Lawten (Anexo IX), Escala de Borg Modificada (Anexo X), Teste de Fagerström adaptado (Anexo XI) e teste de Richmond (Anexo XII).

Os planos de cuidados foram delineados de acordo com a metodologia do processo de enfermagem. De forma a colmatarem as necessidades da pessoa/cuidador, promovi a integração dos mesmos no seu processo de cuidados. Validei com a pessoa o plano de cuidados, para que esta expressasse de que forma o plano atingiria as suas necessidades; apliquei o plano de cuidados, avaliei a sua aplicação e reformulei conforme as necessidades de ensino/aprendizagem. Para que a pessoa/cuidador fossem parte integrante do seu plano de cuidados, provi as mesmas de conhecimentos que lhes permitissem compreender o seu plano de cuidados de forma a colaborarem no desenvolvimento e aplicação do mesmo; e responsabilizei-as quanto ao sucesso do seu plano terapêutico.

Discuti os planos de cuidados com as enfermeiras orientadoras (desenvolvimento, aplicação e avaliação). Para o desenvolvimento dos planos de cuidados recorri à literatura científica a fim de fundamentar as minhas intervenções, e mobilizei conhecimentos teórico-práticos adquiridos nas aulas. Os registos foram efetuados em suporte informático na ECCI e em suporte papel na URR (Anexos XVII e XVIII).

Na ECCI os planos de cuidados de reabilitação (Apêndices II e III) foram desenvolvidos ao nível das alterações da mobilidade e suas repercussões. As alterações da mobilidade interferem em vários sistemas do organismo, cuja gravidade, depende de diversos fatores, como a idade, as co-morbilidades associadas, o grau de imobilidade da pessoa e alterações físicas e mentais. As repercussões mais evidenciadas foram ao nível da função respiratória, circulatória, musculo-esquelética, pele e psicossocial.

Na URR, no ambulatório desenvolvi planos de cuidados (Apêndices IV e V) a pessoas portadoras de DPOC, bronquiectasias não fibrose quística, pneumonia e derrames pleurais.

As sessões dos PR eram iniciadas com a realização de aerossoloterapia com um broncodilatador de ação rápida (Brometo de Ipratrópio) nos casos de obstrução brônquica, e um mucolítico (Acetilcisteína) para reduzir a viscosidade das secreções brônquicas.

O principal objetivo da RR na DPOC é

facilitar a eliminação das secreções, contribuindo desta forma para a desobstrução brônquica, diminuindo as suas repercussões funcionais,

nomeadamente os defeitos ventilatórios, bem como para a interrupção do ciclo vicioso: retenção de secreções, infecção secundária, agudizações, deterioração progressiva que acaba por conduzir ao enfisema pulmonar, cor pulmonale e insuficiência respiratória (Heitor, 1988:82).

Neste sentido, os planos de cuidados de reabilitação desenvolvidos incluíram treino de técnica respiratória com posição de descanso e relaxamento e dissociação dos tempos respiratórios, reeducação abdomino-diafragmática com ênfase na fase expiratória, reeducação costal seletiva e global com bastão, e drenagem de secreções através da técnica de drenagem postural modificada associada a manobras acessórias (percussão e vibrocompressão) e tosse dirigida, e ainda ensinamentos relativos à auto-drenagem de secreções, técnicas de conservação de energia e posições de descanso a adotar em situação de dispneia. Infelizmente, na URR, não pude realizar exercícios de treino no esforço, porque na URR o número de sessões de PR e o programa de treino eram prescritos pela pneumologista, e na ECCI os utentes com quem trabalhei não tinham critérios para realizar treino no esforço.

Bronquiectasias são dilatações anormais e irreversíveis dos brônquios causadas pela destruição dos componentes elásticos e muscular das paredes brônquicas. Caracteriza-se clinicamente por um quadro de infeções pulmonares recorrentes onde a tosse e abundantes secreções mucopurulentas se encontram presentes (Sousa, 2003). O objetivo da RR é evitar as infeções respiratórias de repetição através da eliminação de secreções brônquicas, desobstrução da brônquica, correção de defeitos ventilatórios e redução da dispneia. Os planos de cuidados de Reabilitação incluíram treino de técnica respiratória com posição de descanso e relaxamento e dissociação dos tempos respiratórios, reeducação abdomino-diafragmática, reeducação costal seletiva e global com bastão, e incidência na drenagem de secreções através da técnica de drenagem postural modificada associada a manobras acessórias (percussão e compressão) e tosse dirigida, e ainda ensinamentos relativos à auto-drenagem de secreções. No uso de manobras acessórias a vibração foi evitada pelo risco de hemoptises (complicação das bronquiectasias).

Ao nível do internamento prestei cuidados especializados de reabilitação a pessoas em situação de pós-operatórios de cirurgias abdominais altas e ortopédicas

e em cuidados intensivos sob VMI. A colaboração da equipa da URR era solicitada, também, para iniciar processos de extubação.

O EE tem um papel primordial nestes casos, devendo intervir o mais precocemente possível para evitar as complicações decorrentes da imobilidade, nomeadamente ao nível do sistema respiratório.

As complicações respiratórias predominantes no pós-operatório são a hipoxemia, atelectasias, pneumonias e derrames pleurais, decorrentes do aumento de secreções, redução da expansão pulmonar e depressão do centro respiratório, devido a fatores de risco cirúrgicos tais como anestesia geral, analgesia e dor (Cordeiro & Menoita, 2012). As pneumonias e os derrames pleurais foram as complicações pós-operatórias mais recorrentes durante o ensino clínico. Os planos de cuidados de reabilitação desenvolvidos visaram reduzir a tensão psíquica e muscular, assegurar a permeabilidade das vias aéreas, prevenir e corrigir defeitos ventilatórios, corrigir defeitos posturais e reeducar a pessoa no esforço, através de posições de descanso e relaxamento, consciencialização e controlo da respiração, reeducação abdomino-diafragmática e costal, técnicas de limpeza das vias aéreas (drenagem postural modificada e tosse dirigida com contenção da ferida cirúrgica). Especificamente nos derrames pleurais, foi realizado treino de correção postural em frente ao espelho quadriculado.

No que se refere à VMI, uma das complicações mais frequentes é a *diminuição da performance ou mesmo parésia muscular dos principais músculos respiratórios (diafragma) por falta de utilização activa durante a ventilação mecânica* (Cordeiro & Menoita, 2012:198). Além desta complicação, podem surgir outras como o *barotrauma, a infecção, a pneumonia, a atelectasia e a oclusão do tubo endotraqueal* (Cordeiro & Menoita, 2012:198). Neste caso, o EE intervém ao nível da *preparação e ajustamento do ventilador, na entubação, durante a ventilação mecânica invasiva, desmame ventilatório e extubação* (Cordeiro & Menoita, 2012:199). Os planos de cuidados de reabilitação que desenvolvi tiveram em conta que os doentes sob VMI estavam sedados, e visaram promover a sincronia e adaptação ao ventilador, melhorar a relação ventilação/perfusão e a permeabilidade das vias aéreas, melhorar a mobilidade e fortalecer o diafragma, e mobilizar e eliminar secreções.

Neste sentido realizei controlo da respiração sincronizado com a modalidade ventilatória, acompanhando a dinâmica costal; exercícios de reeducação abdomino-diafragmática e costal (seletivos e globais); drenagem de secreções com recurso a manobras acessórias associadas a drenagem postural modificada e aspiração de secreções. Previamente à drenagem de secreções realizei humidificação das mesmas através de aerossoloterapia.

A realização destas atividades permitiu desenvolver competências de EE nos domínios C.1. “Gere os cuidados, otimizando a resposta da equipa de enfermagem e seus colaboradores e a articulação na equipa multiprofissional”, D.2. “Baseia a sua praxis clínica especializada em sólidos e válidos padrões de conhecimento”, B.3. “Cria e mantém um ambiente terapêutico e seguro” e competências de EEER nos domínios J.1. “Cuida de pessoas com necessidades especiais, ao longo do ciclo de vida, em todos os contextos da prática de cuidados”, J.2. “Capacita a pessoa com deficiência, limitação da atividade e ou restrição da participação para a reinserção e exercício da cidadania” e J.3. “Maximiza a funcionalidade desenvolvendo as capacidades da pessoa”.

Para a concretização do Objetivo Específico Nº5: *Capacitar a pessoa com DPOC e família para a gestão do regime terapêutico*, realizei uma vasta pesquisa bibliográfica sobre autocuidado, processo de transição e capacitação, e de que forma se relacionam. Para capacitar a pessoa, independentemente da patologia, é necessário avaliar primeiramente se esta já efetuou o processo de transição saúde-doença. Após realização do processo de transição, é possível capacitar a pessoa/cuidador para a adesão e gestão do regime terapêutico. Realizei um Jornal de aprendizagem onde refleti sobre estes conceitos (Apêndice VII).

O processo de capacitação inicia-se com a avaliação da capacidade de autocuidado. Deste modo, é crucial compreender se a pessoa tem capacidade funcional, cognitiva e motivacional para se autocuidar.

O autocuidado é uma função humana reguladora que os indivíduos têm, deliberadamente, de desempenhar por si próprios ou que alguém a execute por eles para preservar a vida, a saúde, o desenvolvimento e o seu bem-estar. O autocuidado é um sistema de acção... tem de ser aprendido e executado deliberadamente e continuamente, em conformidade com as necessidades reguladoras dos indivíduos (Tomey & Alligood, 2004:218).

Para todos os utentes procurei que houvesse um cuidador informal, independentemente do grau de dependência para o autocuidado. O cuidador informal (familiar, amigo ou vizinho) é aquele que desempenha o papel de prestador de cuidados, atuando ao nível da orientação, vigilância, prevenção, promoção da autonomia e independência e responsabilização por comportamentos promotores de saúde. É um elemento terapêutico do cuidar (Sequeira, 2010). É um elemento-chave para a capacitação da pessoa à adesão ao regime terapêutico. Em Portugal, os cuidadores informais são, maioritariamente, mulheres com mais de 40 anos e idosos com idade superior a 60 anos, com baixa escolaridade e pouca informação sobre a doença/prestação de cuidados (Sequeira, 2010).

Após aprofundar o conceito de capacitação e compreender a sua importância para o processo de adesão, realizei uma pesquisa bibliográfica que me permitisse clarificar o conceito de adesão e quais as estratégias a utilizar para capacitar a pessoa a aderir ao regime terapêutico.

A questão da adesão é multifatorial e complexa. Verifica-se *em todas as situações em que existe auto-administração do tratamento, muitas vezes independentemente do tipo de doença, qualidade e/ou acessibilidade aos recursos de saúde* (Bugalho & Carneiro, 2004:10). Deve ser encarado como um comportamento de procura de saúde e minimização das repercussões da doença.

Durante a pesquisa bibliográfica que efetuei sobre adesão terapêutica surgiram os termos *compliance* e *adherence*. *Compliance* significa cumprimento/obediência, em que a pessoa enferma é vista como um agente passivo do seu próprio plano de cuidados. Quando não cumpre as recomendações dos profissionais de saúde é culpabilizada pelo insucesso do seu plano terapêutico. *Nesta perspectiva de dominância da medicina, os doentes deveriam cumprir obrigatoriamente as indicações que lhes fossem dadas, sendo-lhes imputada toda a responsabilidade pelos desvios que pudessem ocorrer face à prescrição* (Cabral & Silva, 2010:1). Os profissionais que concordam com esta concepção de desobediência não conseguem estabelecer uma relação terapêutica com a pessoa, transparecendo um *status* de superioridade profissional e inferioridade da pessoa a ser cuidada.

O termo *adherence* significa adesão, ou seja, *sinónimo de concordância, compreendendo a aceitação e intervenção activa e voluntária do doente que partilha*

a responsabilidade do tratamento com a equipa de profissionais de saúde que o segue (Bugalho & Carneiro, 2004:9-10).

Ao longo do ensino clínico fui mudando a minha atitude e adotando uma postura de parceria com a pessoa/cuidador. Esta mudança deveu-se ao facto de ter percepcionado que também eu tinha uma atitude de superioridade em relação à pessoa, pensando que as recomendações dadas pela equipa de saúde eram lei, em vez de procurar adaptar as recomendações à pessoa.

Esta mudança de paradigma revelou-se fulcral para atingir o propósito do meu Projeto de Estágio: capacitação para a adesão ao regime terapêutico. Com base neste pressuposto, o estabelecimento da relação terapêutica, em que o enfermeiro se constitui parceiro do cuidar, permitiu à pessoa/cuidador sentir-se parte integrante do seu plano de cuidados, o que levou à abolição de alguns constrangimentos impeditivos de adesão, nomeadamente, procura de informação e explanação de dúvidas/dificuldades. A qualidade deste vínculo assentou, igualmente, nas competências de relacionamento e comunicação que fui desenvolvendo com a pessoa/cuidador, de forma a estabelecer uma comunicação eficaz e assertiva, facilitadora do processo de capacitação à adesão ao regime terapêutico. *A qualidade da relação de comunicação entre profissionais de saúde e pacientes permanece, contudo, no centro da questão da adesão terapêutica, por aí passando as mais relevantes estratégias de melhoria da adesão* (Cabral & Silva, 2010:9).

Para capacitar a pessoa/cuidador a aderir ao regime terapêutico foi necessário conhecer a população a quem ia prestar cuidados especializados.

Os utentes com quem trabalhei na ECCI eram idosos e dependentes nas AVD's, sendo que todos tinham um cuidador informal. A maioria destes utentes tinha elevada dependência funcional e doença crónica e evolutiva. A dependência prendia-se com limitação da mobilidade e dificuldade na realização dos cuidados de higiene. A alimentação era confeccionada pelos cuidadores informais ou fornecida pelas instituições de solidariedade social. As doenças crónicas eram maioritariamente DPOC, Diabetes Mellitus, HTA, Fibrilhação auricular e Insuficiência cardíaca.

A maioria dos cuidadores informais eram pessoas com mais de 60 anos e também eles tinham doenças crónicas e alguma limitação funcional.

Na comunidade verifiquei que o grau de motivação para adesão ao regime terapêutico variou consoante o nível de dependência da pessoa e da disponibilidade quer financeira quer laboral do cuidador. Para cada situação foram pesquisados os fatores dificultadores da adesão e os cuidados planeados em função da satisfação das necessidades da pessoa e do seu cuidador e da resolução, sempre que possível, dos fatores de não adesão.

Foram articulados os recursos da comunidade (equipas de apoio domiciliário, assistência social), sempre que necessário, desde aquisição de produtos de apoio (colchão de pressão alterna, andarilho) à prestação de cuidados de higiene mais vezes ao dia pelas equipas de apoio domiciliário.

Foram sugeridas e realizadas mudanças na organização dos espaços habitacionais, como por exemplo o afastar de mobiliário para a passagem de um andarilho ou uma cadeira de rodas. Assim, a pessoa podia deslocar-se até ao WC para se higienizar ou treinar a deambulação. Outro exemplo, deparei-me com alguns quartos muito pequenos, em que a cama do utente se encontrava encostada à parede, não sendo possível circular em torno da cama para posicionar a pessoa. Após mudança da disposição do mobiliário, foi possível afastar a cama da parede, permitindo ao cuidador alternar os decúbitos à pessoa cuidada, que anteriormente não fazia por não ser possível adotar uma posição ergonómica. Desta forma, foi possível promover a adesão a melhores cuidados de saúde e, conseqüentemente, ao regime terapêutico.

Os ensinamentos/treinamentos relativos à mobilidade prenderam-se, maioritariamente, com técnicas de transferência, deambulação, uso de auxiliares de marcha, posicionamentos.

Os utentes com quem trabalhei no ambulatório da URR eram independentes nos seus autocuidados. Maioritariamente pessoas com mais de 55 anos e idosas, com baixo nível de escolaridade e, especificamente na DPOC, com baixo nível de cognição provavelmente derivado da baixa oxigenação cerebral decorrente da DPOC. A maioria da população apresentava baixo nível de atenção e memória, possivelmente decorrente do processo de envelhecimento fisiológico. Contrariamente à capacidade funcional e cognitiva, a capacidade motivacional oscilou de acordo com o objetivo que cada pessoa estabeleceu para si ao longo do seu processo de cuidados. Sintomatologia como dispneia e cansaço moderado a

elevado e/ou expectoração abundante eram fatores motivacionais. Toda a sintomatologia que não interferisse com as AVD'S já dificultava a compreensão da necessidade do cumprimento de programas de Reabilitação Respiratória. A cessação tabágica deveria ser um fator motivacional, contudo verifiquei que as pessoas que ainda não tinham cessado este hábito, apresentavam baixo nível motivacional para o fazerem. Neste caso, em particular, para avaliar o grau de motivação para deixar de fumar apliquei o Teste de Richmond (Anexo XII) e para avaliar o grau de dependência do tabaco apliquei o Teste de Fagerström adaptado (Anexo XI). A aplicação destas escalas permitiu dirigir a minha intervenção ao encontro de estratégias promotoras de cessação tabágica.

O processo de capacitação faz-se provendo-se a pessoa de informação e mestria necessárias à ótima gestão do regime terapêutico. Ao longo do processo de cuidados fui identificando as necessidades de conhecimentos de cada pessoa e cuidador. Maioritariamente prendiam-se com o défice de conhecimentos sobre a patologia, importância e objetivo dos exercícios do PR e uso incorreto dos inaladores.

Para facilitar o processo de capacitação e adesão ao regime terapêutico, construí material didático pertinente, nomeadamente 3 folhetos sobre a forma de administração da terapêutica inalatória de pó seco (Apêndice XIII), pressurizada (Apêndice XIV) e pressurizada com recurso a câmara expansora (Apêndice XV). Construí, também, um pulmão artificial (Apêndice XII) que me auxiliou na explicação da anatomia do pulmão e fisiopatologia da DPOC durante a sessão de formação que lecionei.

A sessão de formação que desenvolvi e lecionei intitulou-se "DPOC e Terapêutica Inalatória" (Apêndice XI). Teve por base as necessidades de (in)formação da pessoa/cuidador, constituindo outra ferramenta para capacitar a pessoa/cuidador para a importância da adesão ao seu regime terapêutico.

No programa de RR (Reabilitação Respiratória) a educação deve ser considerada como um processo preparado e efectuado por profissionais treinados, com vista a habilitar o doente e a família a: a) Lidar com o tratamento da doença e com a prevenção das suas complicações; b) promover uma modificação do comportamento e do estilo de vida ajustado à doença; c) tornar o doente o mais possível autónomo no auto-controlo da doença e no recurso aos

serviços de saúde; d) Conhecer a intervenção adequada a adotar em cada momento (DGS, 2009:6).

Capacitar é um processo multidimensional que envolve conhecimento, decisão e ação. Os conhecimentos são os saberes construídos e alicerçados em valores individuais, que se modificam ao longo da vida e são influenciados por fatores, nomeadamente de ordem social, cultural e religiosa. Esta (re)construção do conhecimento condiciona a decisão sobre a ação a qual se altera no decurso do tempo, como resultado da decisão tomada, do seu potencial e dos recursos para a executar (Reis & Bule, 2017:p.57).

A participação ativa da pessoa/cuidador durante o processo de capacitação é um fator facilitador da aprendizagem. O EE deve concentrar a sua atuação não só no saber-saber, mas fundamentalmente ensinar o saber-saber, sabendo-fazer. A prática é a melhor técnica para aquisição de competências e habilidades. Neste sentido, todas as intervenções que desenvolvi visaram sempre uma componente prática e não apenas informativa. O uso de placebos para treino da técnica de administração de terapêutica inalatória revelou-se de extrema importância, visto que, no atual mercado farmacêutico, existe uma enorme diversidade de inaladores, cada um com uma técnica de administração diferente. O treino em inaladores placebo foi fundamental para a pessoa treinar a destreza manual com o aparelho e interiorizar os vários passos de administração. Em cada sessão do PR validei com a pessoa/cuidador os ensinamentos efetuados, até estes estarem corretamente apreendidos.

A partir do momento em que avaliei que a pessoa/cuidador já tinham os conhecimentos e habilidades essenciais à adesão ao regime terapêutico, procurei responsabilizá-los pela gestão do seu regime terapêutico e manutenção da estabilização da doença.

A realização destas atividades permitiu desenvolver competências de EE nos domínios B.2. “Concebe, gera e colabora em programas de melhoria contínua da qualidade”, B.3. “Cria e mantém um ambiente terapêutico e seguro”, C.1. “Gere os cuidados, otimizando a resposta da equipa de enfermagem e seus colaboradores e a articulação na equipa multiprofissional” e competências de EEER nos domínios J.1. “Cuida de pessoas com necessidades especiais, ao longo do ciclo de vida, em todos os contextos da prática de cuidados”, J.2. “Capacita a pessoa com deficiência, limitação da atividade e ou restrição da participação para a reinserção e exercício da

cidadania” e J.3. “Maximiza a funcionalidade desenvolvendo as capacidades da pessoa”.

Para a concretização do Objetivo Específico N°6: *Avaliar o nível de adesão ao regime terapêutico da pessoa com DPOC*, realizei um conjunto de atividades que permitiram sensibilizar a pessoa com DPOC para a necessidade de aderir ao regime terapêutico e adquirir comportamentos promotores de saúde.

Genericamente, ao longo do PR de todos os utentes que acompanhei fui sensibilizando a pessoa/cuidador para a importância de adesão ao regime terapêutico, através da explicação dos benefícios da mesma e dos malefícios em caso de não adesão e do treino repetido das competências instrumentais.

Especificamente na DPOC, para avaliar o nível de adesão à terapêutica inalatória utilizei a check-list “Registo do Ensino da Terapêutica Inalatória” implementada na URR (Anexo XIII), e a Escala de Borg Modificada (Anexo X) para avaliar o nível de cansaço e dispneia antes e após o PR. A aplicação destes instrumentos de avaliação permitiu fidedignamente *medir a incapacidade, monitorizar os progressos, melhorar a comunicação inter/intradisciplinar, medir a eficácia do tratamento e documentar a continuidade dos cuidados, bem como os benefícios das intervenções de enfermagem* (Sousa et al, 2017:113).

Antes da sessão de formação identifiquei as necessidades de conhecimento da pessoa/cuidador com DPOC. Após a sessão fiz uma avaliação dos conhecimentos adquiridos pelos mesmos. Realizei uma análise critico-reflexiva sobre os resultados obtidos que explanei num Jornal de Aprendizagem (Apêndice IX). Em cada sessão do PR procurei colmatar as falhas de conhecimentos teórico-práticos com o reforço dos ensinamentos, com a adoção de novas estratégias de ensino e mantendo o treino de competências técnico-práticas, nomeadamente treino e correção da técnica de administração de terapêutica inalatória, treino de algumas técnicas de conservação de energia, treino de exercícios do PR que a pessoa pode fazer no domicílio.

Da análise dos resultados obtidos das escalas de avaliação aplicadas, houve uma evolução favorável do quadro clínico das pessoas com DPOC com melhoria significativa da sintomatologia. Também na administração da terapêutica inalatória se verificou uma correta aprendizagem e interiorização da técnica de administração. A sessão de formação foi rica na aquisição de conhecimentos e facilitadora do processo de adesão ao regime terapêutico, uma vez que colmatou as falhas de

conhecimentos sobre a DPOC, o seu tratamento e o objetivo do PR. Nos dias subsequentes à sessão de formação os formandos apresentaram-se mais à-vontade, mais confiantes na recuperação e mais motivados para aderirem ao seu PR, visto estarem conscientes da sua doença e munidos dos conhecimentos necessários para aderirem, executarem e cumprirem o seu PR. A técnica repetida de competências instrumentais foi fundamental para sedimentar os conhecimentos adquiridos e produzir uma mudança de comportamentos prejudiciais à doença. Estes resultados são indicativos de adesão ao regime terapêutico.

A título de exemplo, o Sr. JM iniciou o PR a necessitar de oxigénio de longa duração para pequenos esforços, e terminou o PR a necessitar apenas para grandes esforços. O Sr. LP tinha várias crises de dispneia por não conseguir cumprir a terapêutica inalatória. Referia confundir as várias técnicas de administração. Após ensino e treino repetido da técnica de administração aliado às técnicas de reabilitação respiratória, foi possível controlar os episódios de descompensação respiratória.

Ao longo do PR, verifiquei que as pessoas com DPOC com algum grau de dispneia, apresentavam um estado de ansiedade que dificultava a realização do PR e, consequentemente, a adesão ao regime terapêutico. Neste sentido, foi-me solicitado pela minha enfermeira orientadora, a pesquisa de uma escala de avaliação que quantificasse o grau de ansiedade destes utentes para, a partir daí, se desenvolverem estratégias que diminuam os estados de ansiedade e otimizem o PR. A escala pesquisada e apresentada em reunião de equipa foi a HADS – Escala de Ansiedade e Depressão Hospitalar (Anexo XVI). Esta Escala foi desenvolvida por Zigmond & Snaith em 1983 e validada para a língua portuguesa em 2007 por Pais Ribeiro. A leitura do artigo de validação poderá ser efetuada no Anexo XIV.

Para fundamentar a implementação desta Escala na URR, utilizei o Artigo “Validation study of a Portuguese version of the Hospital Anxiety and Depression Scale” de Pais Ribeiro (2007) (Anexo XIV), o artigo “Anxiety and depression in Portuguese patients with chronic obstructive pulmonary disease: a multicentre cross-sectional study” de Jácome *et al* (2015) (Anexo XV) e a Circular Informativa: Orientações técnicas sobre Reabilitação respiratória na DPOC da DGS (2009). A análise destes três documentos permitiu dar a conhecer, à equipa de enfermagem e médica, a HADS e fundamentar a sua utilização na prática clínica, com vista ao

desenvolvimento, implementação e integração de intervenções psicossociais e comportamentais nos programas de RR desta Unidade. A análise efetuada encontra-se explanada num Jornal de Aprendizagem (Apêndice X).

De acordo com a DGS (2009), as pessoas com DPOC têm um elevado risco de desenvolvimento de quadros de ansiedade e depressão ligados à antecipação e desencadeamento de episódios de dispneia. Corroborando com os dados da DGS, o Estudo de Jácome *et al* (2015) conclui que em Portugal há um número elevado de doentes que vivenciam quadros de ansiedade e depressão, em que os estados de ansiedade se verificam em mulheres, jovens, desempregados e, em pessoas cujas limitações nas atividades são desencadeadas pela dispneia, e a depressão está associada à perda de mobilidade funcional e limitação nas atividades, verificando-se em pessoas com baixa escolaridade e DPOC avançada. Este estudo refere, ainda, que em Portugal os programas de RR são escassos e que deveriam incluir intervenções colaborativas de autogestão que respondam às necessidades emocionais dos pacientes.

Da análise destes dados conclui-se que é emergente implementar medidas preventivas e corretivas dos estados de ansiedade e depressão, uma vez que a ansiedade e a depressão diminuem os níveis de adesão ao regime terapêutico. Pessoas com menor grau de escolaridade e desempregados têm maior propensão a experienciar sintomas de ansiedade e depressão, por terem menos recursos financeiros e menor capacidade de compreensão sobre a sua patologia, levando ao insucesso da adesão ao regime terapêutico. A não adesão leva a uma rápida progressão da doença. Com a progressão da doença, surgem a dispneia e as limitações funcionais. Estas conduzem a uma progressiva incapacidade de desempenho das AVD's, gerando sintomas de ansiedade e depressão. Tanto as limitações funcionais como a depressão são geradoras de inatividade, inimigas da adesão a atividades geradoras de melhorias do estado de saúde.

Devido à curta duração do ensino clínico não tive oportunidade de aplicar esta Escala de Ansiedade e Depressão Hospitalar às pessoas com DPOC com quem trabalhei, mas ficou acordado pela equipa de enfermagem, dar início ao projeto de implementação da Escala na URR com a finalidade de implementar estratégias de diminuição da ansiedade e depressão nesta população para otimização do PR e da doença.

As intervenções psicossociais recomendadas pela DGS (2009), nomeadamente estratégias anti-stress, controlo de pânico e treino de relaxamento, são parte integrantes dos PR e dos ensinios efetuados à pessoa/cuidador. As técnicas utilizadas foram: tomada de consciência da respiração, respiração com os lábios semi-cerrados, respiração diafragmática, posições de descanso e relaxamento, ensino de posições de alívio da dispneia, ensino sobre correta administração da terapêutica para evitar situações de crise e melhoria do controlo sintomático. As técnicas realizadas e os ensinios efetuados visaram a compreensão da pessoa/cuidador sobre a sua doença, como controlar a progressão da doença, como antecipar uma situação de crise e de que forma atuar sobre ela.

A realização destas intervenções teve um impacto positivo na qualidade de vida das pessoas/cuidadores a quem prestei cuidados, uma vez que, do início para o fim do PR foi visível a evolução para a estabilização do quadro clínico da pessoa, documentado através dos meios complementares de diagnóstico, diminuição na pontuação da Escala de Borg Modificada, maior autonomia nas AVD's e adesão ao regime terapêutico.

A realização destas atividades permitiu desenvolver competências de EEER nos domínios J.1. "Cuida de pessoas com necessidades especiais, ao longo do ciclo de vida, em todos os contextos da prática de cuidados", J.1.2. "Concebe planos de intervenção com o propósito de promover capacidades adaptativas com vista ao autocontrolo e autocuidado nos processos de transição saúde/doença e/ou incapacidade" e J.1.4. "Avalia os resultados das intervenções implementadas".

No Objetivo Específico Nº7 pretendo: *Identificar os principais fatores de não adesão da pessoa com DPOC ao regime terapêutico.*

Os principais fatores de não-adesão que identifiquei ao longo do ensino clínico foram:

- Idade e baixo nível de literacia;
- Alteração da função cognitiva (défice de atenção e memória);
- Estadio da doença. Num estadio inicial, em que a sintomatologia não interfere largamente com as AVD's, constitui um fator de não adesão;
- Dificuldade de acesso aos cuidados de saúde (transporte, distância);
- Dificuldades socio-económicas para aquisição da terapêutica, deslocação às consultas;

- Complexidade do esquema terapêutico e tempo de tratamento prolongado, que podem levar à desmotivação para o uso contínuo e regular da terapêutica;
- Diversidade de dispositivos de inaloterapia que, associados à baixa literacia e baixo nível cognitivo, dificulta a compreensão da técnica de administração;
- Efeitos adversos da terapêutica;
- Sobrecarga do cuidador informal.

De acordo com André (2005), na perspetiva de Lorraine Sherr há quatro variáveis influenciadoras da não adesão, nomeadamente cognitivas, psicodinâmicas, sociais e a personalidade. As variáveis cognitivas prendem-se com *a compreensão dos regimes terapêuticos, a memória, o esquecimento, o lembrar, a tomada de decisão e a compreensão do esquema terapêutico* (André, 2005:30). As variáveis psicodinâmicas referem-se à consciência individual de cada pessoa, tais como

as ansiedades e os medos inconscientes e as angústias associadas à doença. As intervenções deverão focar ou ter em consideração o sistema de valores do indivíduo, a compreensão em profundidade da sua vida psíquica e as circunstâncias que envolvem a sua situação de doente (André, 2005:30).

Nas variáveis sociais incluem-se *a situação laboral, o suporte social, as situações de isolamento, os factores familiares, os factores económicos* (André, 2005:30). Quanto à personalidade destacam-se a auto-estima, auto-eficácia, resiliência, capacidade de adaptação e de estabelecimento de compromissos. *A motivação é um factor central, podendo ser influenciada pela capacidade ou nível de compreensão do indivíduo* (André, 2005:30).

Também as condições físicas da pessoa (deterioração da condição de saúde provocada pela evolução da doença), características da doença e do tratamento (elevado número de medicamentos e tomas, complexidade e duração do tratamento, frequência e severidade dos efeitos adversos), contexto sócio-familiar e profissional (falta de suporte familiar e dos amigos, dificuldade em conjugar os horários das consultas e dos tratamentos com as exigências laborais) e nível sócio-económico influenciam a não adesão ao regime terapêutico. (André, 2005).

A análise crítica dos fatores por mim identificados, e aqueles descritos na literatura, permitiu-me compreender a complexidade da questão da adesão, no sentido de desenvolver estratégias de adesão ao regime terapêutico.

As variáveis pessoais interferiam na compreensão da necessidade de cumprimento do regime terapêutico, tendo sido ultrapassadas com a aplicação de uma linguagem adequada ao nível cognitivo e comunicacional de cada pessoa.

As variáveis socio-económicas e profissionais interferiam com o cumprimento da frequência das consultas e dos PR, bem como na aquisição de terapêutica e/ou produtos de apoio. Para as ultrapassar tentei agilizar sempre um horário que se coadunasse com o horário laboral da pessoa. Foi solicitado transporte, sempre que necessário, desde o domicílio até à URR; foi discutido com a equipa médica a possibilidade de prescrição de uma terapêutica menos dispendiosa desde que indicada para a situação clínica; foi ensinado à pessoa que objetos domésticos (pacote de arroz, cabo de vassoura) poderia usar para realizar exercícios de reabilitação respiratória no domicílio sem despendar recursos financeiros na aquisição de produtos específicos. Para atuar nesta variável, foi necessário desenvolver criatividade e capacidade de inovação, que conferem primor aos cuidados de enfermagem especializados.

Relativamente à diversidade da terapêutica, foi discutido com a equipa médica quais os dispositivos de inalação disponíveis no mercado farmacêutico, cuja técnica de inalação fosse similar, para prevenir o abandono da terapêutica por dificuldade de assimilação das diferentes técnicas de execução da terapêutica inalatória.

A sobrecarga do cuidador informal é um fator de não adesão que merece destaque. A prestação de cuidados a outrem acarreta repercussões pessoais, sociais e económicas que levam à exaustão quer física quer emocional do cuidador. *A sobrecarga está directamente associada às dificuldades objectivas e/ou subjectivas que o cuidador experimenta no cuidar* (Sequeira, 2010:330). O EE deve ser capaz de identificar sinais de sobrecarga dos cuidadores informais, para poder adequar estratégias de *coping* e articular suporte social necessário à promoção da satisfação das necessidades do cuidador e diminuição do *stress* e ansiedade associados ao ato de cuidar. *A informação e o treino de estratégias para lidar com determinadas situações stressantes afigura-se como uma necessidade dos cuidadores, à qual os profissionais de saúde devem dar resposta* (Sequeira, 2010:331). Sendo os cuidadores um elemento crucial para adesão ao regime terapêutico, é imprescindível que as suas necessidades sejam satisfeitas.

Para aliviar a sobrecarga do cuidador, procurei identificar primeiro quais os fatores de stress/sobrecarga, para poder atuar sobre eles. Os principais fatores de stress por mim identificados foram a baixa literacia do cuidador que dificultava a compreensão da necessidade de determinados cuidados à pessoa enferma (por exemplo: mobilizações, posicionamentos, cuidados de higiene e conforto), baixo nível económico que dificultava, por exemplo, a aquisição de produtos de apoio, medicação ou deslocação para consultas/tratamentos, e dificuldade em cuidar delas próprias por terem que despende muito tempo a cuidar da pessoa enferma.

As estratégias utilizadas para aliviar o *stress*/sobrecarga do cuidador foram: escuta ativa para que o cuidador possa expressar os sentimentos e dificuldades que vivencia em relação ao papel de cuidador; estratégias de *coping* para lidar com o *stress*, como por exemplo, auto-relaxamento ou realização de atividades de lazer; procura de soluções para a resolução dos problemas associados ao cuidar, por exemplo ativar os serviços sociais para prestar cuidados de higiene e fornecer as refeições, bem como facilitar a aquisição de produtos de apoio; fornecer informação necessária à compreensão do processo patológico da pessoa enferma bem como dos cuidados necessários; treinar competências instrumentais para que o cuidador consiga executar os cuidados (tais como, higiene, mobilizações, posicionamentos, alimentação, adoção de posições ergonómicas).

Laham (2003) citado por Sequeira (2010) refere

que 80% dos cuidadores revelavam melhoria na prestação de cuidados após apoio dos profissionais de saúde, essencialmente devido às orientações proporcionadas, que possibilitavam ao cuidador uma melhor informação e, consequentemente, uma maior segurança no desempenho de determinadas tarefas (Sequeira, 2010:248).

Analisando as atividades desenvolvidas, estas foram facilitadoras do processo de transição do cuidador para o papel de cuidador permitindo a adaptação ao mesmo; permitiram potencializar as suas capacidades; facilitaram a prestação de cuidados à pessoa enferma; diminuíram o risco de morbilidade associada ao cuidar; permitiram a resolução autónoma de problemas; e aumentaram a adesão ao regime terapêutico.

A realização destas atividades permitiu desenvolver competências de EEER nos domínios J.1. “Cuida de pessoas com necessidades especiais, ao longo do ciclo

de vida, em todos os contextos da prática de cuidados”, J.1.2. “Concebe planos de intervenção com o propósito de promover capacidades adaptativas com vista ao autocontrolo e autocuidado nos processos de transição saúde/doença e/ou incapacidade” e J.1.4. “Avalia os resultados das intervenções implementadas”.

Para a concretização do Objetivo específico Nº8: *Promover uma adequada preparação e planeamento da alta, assegurando que a pessoa e/ou familiar têm conhecimentos e habilidades para gerir o regime terapêutico*, desenvolvi as seguintes atividades:

- Identifiquei as necessidades de ensino/aprendizagem da pessoa e cuidador/família;

- Envolvei a pessoa e cuidador/família na preparação para a alta;

- Envolvei a pessoa e cuidador/família na tomada de decisão sobre o programa de Reabilitação;

- Consciencializei a pessoa sobre a sua doença e evolução da mesma, bem como sobre a importância e necessidade de adesão ao regime terapêutico;

- Expliquei o regime terapêutico, nomeadamente programa de treino de exercícios e terapêutica medicamentosa;

- Expliquei os benefícios/males da adesão/não adesão ao regime terapêutico;

- Responsabilizei a pessoa/cuidador pela gestão do seu regime terapêutico;

- Expliquei os exercícios de RR, o seu objetivo e demonstração de execução, seguido de treino dos mesmos;

- Expliquei, demonstrei e treinei o uso da terapêutica inalatória específica de cada utente;

- Dei espaço à expressão de sentimentos (medo, angústia, dúvida, frustração), permitindo, desta forma, estabelecer uma relação de ajuda pessoa/cuidador/enfermeiro;

- Forneci informação sobre os apoios hospitalares e comunitários existentes, nomeadamente, consultas de cessação tabágica, apoio social, produtos de apoio e adaptação habitacional;

- Forneci material de cariz informativo. Desenvolvi e forneci aos utentes folhetos sobre administração de terapêutica inalatória, bem como o contacto telefónico da unidade como linha de apoio;

-Pesquisei fatores de não adesão em cada pessoa em particular, de modo a compreender as suas dificuldades e atuar em conformidade. As condições socio-económicas, habitacionais, dificuldade em conciliar o horário de trabalho, dinâmica familiar, baixo nível de escolaridade, foram fatores identificados como dificultadores à adesão do regime terapêutico (terapêutica e programa de treinos) e consequente gestão do mesmo.

A preparação para a alta inicia-se no momento do acolhimento da pessoa/cuidador e estende-se durante todo o internamento até ao momento da alta. A preparação da alta visa a promoção da saúde na aquisição de comportamentos promotores de saúde e prevenção da doença. *A promoção da saúde consiste no processo de capacitar as pessoas a aumentar o controlo sobre a sua saúde e respectivos determinantes* (OMS, 2007:70).

Hoeman (2011) afirma que

As enfermeiras de reabilitação têm um dever essencial de providenciar educação de qualidade ao doente e à família. Uma educação eficaz ajuda o doente a aprender a viver com uma condição crónica incapacitante no seu próprio ambiente, da maneira mais independente possível. O processo de educação promove a independência, ao ajudar os doentes a adquirirem nova informação, a desenvolverem capacidade de autocuidado que podem aplicar de modo competente a actividades funcionais, a desenvolverem comportamentos de adaptação para gerir a doença ou compromisso e prevenir maior incapacidade. Os resultados são medidos pela capacidade que a pessoa tem de incorporar novos comportamentos saudáveis no estilo de vida preferido (Hoeman, 2011:61).

As atividades desenvolvidas visaram educar a pessoa e cuidador acerca da doença crónica, benefícios do tratamento e repercussões da não-adesão ao mesmo, e envolvê-la no processo de tomada de decisão e responsabilização sobre o seu regime terapêutico. A educação é necessária para a autogestão, uma vez que a maioria dos cuidados prestados às pessoas com doença crónica se prolongam no tempo, ou seja, fazem parte da rotina diária, pelo que as mesmas devem ser envolvidas no seu próprio processo de cuidados.

Na generalidade, as pessoas/cuidadores a quem prestei cuidados estavam bem preparados no momento da alta. Esta avaliação foi realizada com base nos instrumentos de avaliação aplicados e na observação direta da aplicação das competências teóricas e instrumentais desenvolvidas ao longo do PR. Ou seja, a

pessoa/cuidador estava preparada para manter os cuidados essenciais à manutenção de um estado ótimo de saúde após a alta, bem como gerir autonomamente o seu regime terapêutico.

A aquisição de comportamentos promotores de saúde significa uma boa adesão ao regime terapêutico, com consequente melhoria da qualidade de vida das pessoas e aumento da esperança média de vida (ICN, 2009).

A realização destas atividades permitiu desenvolver competências de EE nos domínios B.2. “Concebe, gera e colabora em programas de melhoria contínua da qualidade”, B.3. “Cria e mantém um ambiente terapêutico e seguro” e competências de EEER nos domínios J.1. “Cuida de pessoas com necessidades especiais, ao longo do ciclo de vida, em todos os contextos da prática de cuidados”, J.2. “Capacita a pessoa com deficiência, limitação da atividade e ou restrição da participação para a reinserção e exercício da cidadania” e J.3. “Maximiza a funcionalidade desenvolvendo as capacidades da pessoa”.

2. AVALIAÇÃO

Este Relatório não estaria completo sem uma avaliação do percurso formativo até aqui desenvolvido. Fazendo uma reflexão global deste percurso, posso afirmar que consegui implementar satisfatoriamente o meu Projeto de Estágio. Fui capaz de desenvolver as atividades planeadas com vista à consecução dos objetivos específicos delineados, com o intuito de desenvolver competências gerais de EE e específicas de EEER.

Ao longo deste percurso, procurei prestar cuidados especializados baseados em sólidos padrões de qualidade, através de uma reflexão constante das práticas, fundamentando as mesmas com base em instrumentos de avaliação internacionalmente aceites, na observação direta do resultado dos cuidados e em bibliografia científica.

Baseando a minha práxis clínica no referencial teórico de Dorothea Orem, procurei identificar os fatores de capacitação e os fatores de adesão e não adesão ao regime terapêutico, para poder desenvolver estratégias de apoio educativas necessárias à compreensão da importância da adesão e cumprimento do regime terapêutico.

A base de qualquer programa de adesão é a relação terapêutica que o EE consegue estabelecer com a pessoa/cuidador. Uma relação terapêutica de qualidade, ou seja, baseada na confiança, empatia, compreensão e respeito mútuo, em que as crenças e valores do EE não interferem no seu juízo crítico em relação à pessoa e cuidador, e esta sente que o EE está envolvido na persecução de objetivos comuns.

Os principais fatores de não adesão identificados prenderam-se com variáveis pessoais (idade, nível cognitivo, habilitações literárias), cognitivas e emocionais, sócio-profissionais, financeiras e diversidade terapêutica. Mediante a identificação destas variáveis procurei estratégias de atuação sobre as mesmas, de forma a promover a adesão aos regimes terapêuticos.

As variáveis cognitivas e emocionais foram muito trabalhadas por serem aquelas que mais influenciam a atitude e comportamento da pessoa ao longo do PR.

A adesão ao tratamento pode ainda ser afectada por factores cognitivos e emocionais, tais como o esquecimento, a falta ou diminuição da motivação, a

ausência de percepção da sua necessidade, a desconfiança em relação à obtenção de resultados positivos, a ansiedade inerente às tomas de fármacos, sobretudo em regimes terapêuticos complexos, bem como o medo de possíveis efeitos adversos ou de dependência (Cabral & Silva, 2010:8).

Dentro das variáveis cognitivas e emocionais, procurei trabalhar a motivação por interferir largamente no processo de capacitação.

A probabilidade de o paciente seguir as indicações médicas e de aplicar correctamente um regime terapêutico depende da sua motivação, a qual se relaciona com a forma como encara efectivamente a sua vulnerabilidade à doença e as consequências que dela possam advir, bem como o impacto que pode ter na sua qualidade de vida (Cabral & Silva, 2010:7)

De salientar que ao longo do PR fui consciencializando a pessoa/cuidador da importância de cumprir com rigor o esquema terapêutico em todas as fases da doença mas, principalmente numa fase da doença assintomática, para prevenção da agudização da mesma. A cada novo episódio de agudização, o estado de saúde da pessoa deteriora-se e a hipótese de reversibilidade vai diminuindo.

Especificamente, nas pessoas com DPOC constatei que o cumprimento do regime terapêutico recomendado é difícil devido à complexidade do mesmo. As alterações de hábitos de vida e da rotina diária foram aspetos referidos pelas pessoas com DPOC como dificultadores. A terapêutica, nomeadamente a inalatória, foi outro aspeto referido pelas pessoas com DPOC como de difícil cumprimento devido à diversidade de aparelhos e técnicas de administração diferentes. Quanto ao cumprimento do PR todas foram capazes de o executar, mas só assimilaram a sua importância e necessidade após observação da melhoria do seu estado de saúde.

Na comunidade, a questão da adesão, para mim, foi mais difícil de trabalhar. Inversamente ao contexto hospitalar, no domicílio é o enfermeiro que “entra na casa” da pessoa. “Invade” o seu espaço. Esta mudança de pensamento foi inicialmente difícil, uma vez que desde que iniciei a minha carreira profissional trabalhei só em meio hospitalar. Para conseguir que a pessoa e cuidador aderissem ao regime terapêutico, tive que mudar o meu pensamento de forma a compreender o que a pessoa/cuidador esperava de mim enquanto enfermeira e do cuidado de enfermagem que pretendia com ela desenvolver. A mudança do meu pensamento iniciou-se quando percecionei que as maiores dificuldades de adesão da

pessoa/cuidador se prendiam com as incapacidades relacionadas com questões organizacionais da dinâmica familiar e habitacional (compartimentos pequenos e inúmeros móveis que dificultavam a livre circulação de pessoas e meios auxiliares de marcha). Outros fatores tais como, condições habitacionais precárias, dificuldade de obtenção de ajudas técnicas e iliteracia constituíram barreiras à adesão. Produzi uma reflexão sobre esta questão que explanei em Jornal de aprendizagem (Apêndice VI).

Sendo a reintegração na sociedade o principal objetivo do processo de reabilitação, fez todo o sentido desenvolver parte do ensino clínico na comunidade, onde foi possível observar as principais dificuldades de adaptação da pessoa ao seu meio quer habitacional quer social, e desenvolver estratégias adaptativas para o desempenho das atividades de vida, na procura de um equilíbrio entre as suas potencialidades e as suas limitações (Apêndice VIII). O EEER atua na comunidade em parceria com a pessoa/cuidador, dando continuidade aos cuidados prestados nas instituições de saúde, numa perspetiva de prevenção das complicações, otimização dos recursos existentes, quer físicos quer materiais enquadrados nas condições socioeconómicas da pessoa/cuidador, numa parceria com os mesmos, onde a orientação é fundamental, num percurso que enquadra a evolução do processo de dependência/independência (Santos, 2017).

O EEER constitui-se, assim, como um veículo que possibilita o desenvolvimento das capacidades perdidas, restituindo a potencialidade das dimensões psicológicas, físicas ou sociais anteriores, através da promoção da saúde e diminuição das alterações provocadas pela doença, de modo a possibilitar o retorno ao quotidiano com qualidade de vida, melhoria da autoestima e nível de independência. Para atingir este estado funcional, o EEER tem que desenvolver a capacidade de autocuidado da pessoa, atendendo às suas dificuldades e reais potencialidades. *O desenvolvimento do autocuidado, como um dos caminhos cruciais na especificidade da enfermagem de reabilitação, assim como, a transição nesse processo é fundamental para uma concretização dos objetivos de todo o processo de reabilitação* (Santos, 2017:18).

Neste sentido, o exercício profissional de enfermagem convida a uma constante reflexão sobre o modo como se assiste a pessoa a ser cuidada. *No exercício profissional de Enfermagem em geral e no caso particular do EEER, a*

Ética convida a uma reflexão constante sobre o modo de assistir a pessoa que se encontra ao seu cuidado, no respeito integral por si, pela sua dignidade e pelos seus direitos (Deodato, 2017:35). Ao longo do ensino clínico deparei-me com algumas questões éticas que se prenderam, essencialmente, com a dignidade da pessoa. Na ECCI prestei cuidados a pessoas que viviam em condições de higiene precárias. Estas situações foram resolvidas através de pedidos de apoio à assistente social da ECCI em articulação com a Santa Casa da Misericórdia de Lisboa, no sentido de fornecer apoio domiciliário mais vezes ao dia para os cuidados de higiene e alimentação e disponibilizar mais fraldas para aumentar o número de mudas diárias. Contudo, e apesar de todos os apoios sociais existentes, foi possível verificar que as questões burocráticas são um entrave à acessibilidade aos recursos disponíveis na comunidade.

Por desenvolver/aprofundar ficaram algumas estratégias promotoras de adesão que debati com a minha orientadora da URR. Para aprofundar as estratégias promotoras de adesão necessitava de mais horas de ensino clínico. Contudo, o tema não se esgota no ensino clínico. Faz parte do dia-a-dia da profissão de enfermagem. Em cada contexto clínico o enfermeiro deve ser capaz de observar, pesquisar e analisar os fatores de não adesão da população específica a quem presta cuidados e, ao longo do PR formular estratégias de adesão, avaliar a sua aplicabilidade e reestruturá-las em função da pessoa a cuidar.

As estratégias que gostaria de ter aplicado e que seriam plausíveis de concretização se houvesse aumento do espaço físico da URR seriam treino de técnicas de conservação de energia integradas nas AVD's em contexto real (ter ao dispor uma cozinha para cozinhar, um estendal para treinar estender roupa, como transportar uma panela do fogão para a mesa, simular um duche...), aplicação da HADS em doentes com DPOC para melhoria contínua das práticas de enfermagem, desenvolvimento de mais sessões de formação para promover a aquisição de informação e treino de competências técnicas.

Na ECCI gostaria de ter aplicado o CADÍ (Índice de Avaliação das Dificuldades do Cuidador) para identificar objetivamente as necessidades/dificuldades dos cuidadores relacionadas com o cuidar, funcionando como um instrumento de colheita de dados passível de análise crítica e melhoria das estratégias de adesão a implementar.

Deixo algumas sugestões passivas de melhoria contínua dos cuidados. A URR beneficiaria da implementação da consulta de cessação tabágica. A única consulta existente no HCL não consegue dar resposta ao grande número de solicitações. Se houvesse uma consulta implementada na URR, o PR teria mais sucesso e haveria menos recaídas, na medida em que os utentes iniciariam o processo de desabituação tabágica precocemente. Na ECCI, alguns utentes beneficiariam de sessões de esclarecimento sobre as patologias e seus cuidados, apoios sociais existentes na comunidade e como adquirir produtos de apoio. Sugeriria a implementação de grupos terapêuticos para cuidadores, onde os cuidadores pudessem partilhar as suas experiências de cuidar. Nesta partilha de experiências, os cuidadores poderiam explanar as suas dificuldades e obter na experiência de outros cuidadores, estratégias para lidarem com as dificuldades/incapacidades do cuidar, prevenindo o *stress* do cuidador.

Ressalvo positivamente o esforço contínuo do Serviço Nacional de Saúde, em desenvolver unidades de apoio para dar resposta às necessidades cada vez mais crescentes da população portuguesa. Contudo, a existência de poucos profissionais ainda limita a prestação de cuidados a uma população mais alargada, refletindo-se no aumento das listas de espera para ingresso nestas unidades, o que compromete a reabilitação e as hipóteses de minimizar as incapacidades inerentes às doenças crónicas.

CONCLUSÕES E TRABALHOS FUTUROS

O percurso formativo até à data realizado exigiu de mim um grande esforço pessoal, financeiro e profissional. Contudo foi muito gratificante, superando as minhas expectativas. O principal contributo, quer pessoal quer profissional, que destaco não se prende com as competências instrumentais, mas com o desenvolvimento de um raciocínio clínico e um juízo crítico transversal a qualquer área de cuidados e ao relacionamento humano.

As competências comuns de EE na área do domínio das aprendizagens profissionais, nomeadamente, o desenvolvimento do auto-conhecimento e da assertividade e o desenvolvimento de uma prática de cuidados especializados baseados em sólidos e válidos padrões de conhecimento, foram as competências mais difíceis de desenvolver pela sua especificidade mas, ao mesmo tempo, as mais gratificantes.

Das competências específicas, as mais difíceis de desenvolver prenderam-se com a capacitação da pessoa com deficiência, limitação da atividade e/ou restrição da participação para a reinserção e exercício da cidadania, uma vez que capacitar é um trabalho moroso que exige treino e perícia do EE para pesquisar e atuar sobre os fatores facilitadores e dificultadores do processo de capacitação a fim de o motivar para adesão ao regime terapêutico compatível com a incapacidade.

Embora tenha sido um percurso longo e, por vezes, com alguns percalços, consegui concretizar os objetivos a que me propôs. E como o saber nunca se esgota, tenho ainda um longo caminho a percorrer, na procura da excelência dos cuidados.

Com o aumento da esperança média de vida e o consequente aumento do envelhecimento populacional, tem-se verificado um crescente aumento de pessoas com incapacidades crónicas, o que despoletou grandes avanços científicos e tecnológicos para dar resposta a estas incapacidades. É neste contexto sociodemográfico, que o EEER se distingue pelo seu papel de cariz interventivo e imprescindível na maximização das potencialidades da pessoa para a realização das atividades de vida, promoção do autocuidado e adoção de comportamentos de procura de saúde. É neste âmbito de atuação que o EEER *concebe, implementa e*

monitoriza planos de enfermagem de reabilitação diferenciados, baseados nos problemas reais e potenciais das pessoas (Regulamento nº 125/2011, 2011:8658).

A doença crónica torna-se, a longo prazo, incapacitante e acarreta enormes custos para os serviços de saúde. A implementação deste Projeto permitiu-me adquirir uma visão global das incapacidades que a doença crónica acarreta, e da importância de investir no desenvolvimento de formação específica para implementação de intervenções de enfermagem promotoras de adesão ao regime terapêutico, no sentido de minimizar os handicaps associados à doença crónica, melhorando a qualidade de vida da pessoa portadora de doença crónica e do seu cuidador, e diminuindo os gastos com os serviços de saúde.

Especificamente na pessoa com DPOC, por ser uma doença crónica evolutiva, o EEER necessita desenvolver cuidados de enfermagem cada vez mais qualificados, no sentido de minimizar as repercussões da doença, evitando episódios de agudização com reinternamentos sucessivos e consequente deterioração da função respiratória que, a longo prazo, diminui a qualidade de vida e a autonomia para as atividades de vida.

A função respiratória é a área da ciência humana que mais me apraz. Neste sentido pretendo continuar a aperfeiçoar competências especializadas nesta área. Contudo, não perspetivo a possibilidade de o fazer num futuro próximo por, há pouco tempo, ter sido transferida para uma Consulta Externa de Psiquiatria.

Num primeiro impacto, após transferência para este serviço, o meu pensamento foi de que na Psiquiatria não conseguiria exercer a especialidade de Reabilitação. Ao longo da minha integração neste serviço tenho-me apercebido do quão importante pode ser a intervenção de um EEER nesta área de especialidade. Neste sentido, tenho realizado pesquisa científica para fundamentar a intervenção de um EEER nesta área.

A pessoa com doença mental também apresenta co-morbilidades físicas. 60% da taxa de mortalidade na população com doença mental deve-se a doença física (Hert *et al*, 2011:52). As co-morbilidades físicas têm um grande impacto na qualidade de vida da pessoa com doença mental. Agravam a questão já existente da exclusão social destas pessoas, e refletem-se num aumento da taxa de morbilidade e mortalidade em relação à população sem doença mental. A esperança média de vida encontra-se reduzida em 10-25 anos e a taxa de mortalidade é duas vezes

superior à população em geral (Correll *et al*, 2017:2). Diversos estudos concluem que 60% da população com doença mental grave apresenta doença cardiovascular, 70% é fumadora aumentando a probabilidade de desenvolver DPOC e neoplasia pulmonar, 10% da população com doença mental grave que faz antipsicóticos de longa duração desenvolve DM Tipo II. (Correll *et al*, 2017; Smith *et al*, 2013; Hert *et al*, 2011).

Os fatores que contribuem para o impacto da doença física nesta população são a medicação psicotrópica (antipsicóticos, antidepressivos e estabilizadores de humor), estilo de vida (sedentarismo, má alimentação, tabaco) e sintomas psiquiátricos nomeadamente os negativos (embotamento afetivo, alogia, avolição) que propiciam o isolamento social e o sedentarismo (Hert *et al*, 2011:52).

A obesidade é outra co-morbilidade frequentemente observada nas pessoas com doença mental, devido aos fatores anteriormente descritos, e que carrega um risco aumentado de desenvolvimento de doença cardiovascular, DM, dislipidemia, HTA, patologia respiratória, desordens hormonais e vários tipos de cancro (Hert *et al*, 2011:53).

Os dados estatísticos apresentados são conclusivos quanto à importância da intervenção de um EEER. A prevenção, reconhecimento e tratamento da co-morbilidade física é fundamental para o cuidado holístico da pessoa com doença mental, intervindo aqui o EEER.

Neste sentido, atualmente estou a preparar uma ação de formação em serviço, para apresentação de dados estatísticos relativos às co-morbilidades físicas em pessoas com doença mental, para, em equipa, se traçar um plano de intervenção junto desta população, no sentido de minorar danos para a saúde física da pessoa, prevenir a doença e proporcionar qualidade de vida.

Também nesta Consulta Externa de Psiquiatria está implementado o projeto “Adesão à Terapêutica Depot”. Tendo o meu Projeto de Estágio sido desenvolvido no âmbito da adesão terapêutica, e havendo inúmeros estudos científicos que revelam baixos níveis de adesão terapêutica em pessoas com doença mental, poderei contribuir para o desenvolvimento deste Projeto e melhorar os níveis de adesão à terapêutica em pessoas com doença mental.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- André, M. (2005). *Adesão à terapêutica em pessoas infectadas pelo VIH/SIDA*. Dissertação de Mestrado. Faculdade de Psicologia e de Ciências da educação da Universidade de Coimbra.
- Branco, P. (2017) Equipa de reabilitação. In Marques-Vieira, C.; Sousa, L. *Cuidados de Enfermagem de Reabilitação à pessoa ao longo da vida*. (pp 25-34) Loures: Lusodidacta.
- Bugalho, A.; & Carneiro, A. (2004). *Intervenções para aumentar a adesão terapêutica em patologias crónicas*. Lisboa. Centro de Estudos de Medicina Baseada na Evidência - Faculdade de Medicina de Lisboa.
- Cabral, M. & Silva, P. (2010). *A adesão à terapêutica em Portugal: atitudes e comportamentos da população portuguesa perante as prescrições médicas*. Publicação da Associação Portuguesa da Indústria Farmacêutica.
- Cordeiro, M. & Menoita, E. (2012). *Manual de Boas Práticas na Reabilitação Respiratória: Conceitos, Princípios e Técnicas*. Loures: Lusociência.
- Correll, C.; Ng-Mak, D.; Stafkey-Mailey, D.; Farrelly, E.; Rajagopalan, K.; Loebel, A. (2017). Cardiometabolic comorbidities, readmission, and costs in schizophrenia and bipolar disorder: a real-world analysis. *Annals of General Psychiatry*. 16 (9). 1-8.
- Cunha, A.; Cardoso, L. & Oliveira, V. (2005). Autocuidado: teoria de enfermagem de Dorothea Orem. *Revista Sinais Vitais*. 61 (7). 36-40.
- Deodato, S. (2017) Ética nos Cuidados de Enfermagem de Reabilitação. In Marques-Vieira, C.; Sousa, L. *Cuidados de Enfermagem de Reabilitação à pessoa ao longo da vida*. (pp 35-39) Loures: Lusodidacta.
- Direção Geral de Saúde. (2004). Programa Nacional de Prevenção e Controlo da Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica.
- Direção Geral de Saúde. (2007). Programa-tipo de actuação em cessação tabágica. Circular Normativa Nº 26/DSPPS (28-12-2017).
- Direção Geral de Saúde. (2009). Orientações Técnicas sobre Reabilitação Respiratória na Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica. Circular Informativa 40ª/DSPCD.

- Direção Geral de Saúde. (2012). Programa Nacional para as Doenças Respiratórias 2012-2016: Orientações Programáticas.
- Direção Geral de Saúde. (2013). Programa Nacional para as Doenças Respiratórias: Relatório de efetividade de uma rede de espirometria no diagnóstico da doença pulmonar obstrutiva crónica nos cuidados de saúde primários.
- Esmond, G. (2005). *Enfermagem das Doenças Respiratórias*. Loures: Lusociência.
- Ferreira, Z. (2013). *Reabilitação Psicossocial de Pessoas com Doença Mental de Evolução Prolongada – Estilos de Vida Saudáveis*. Dissertação de Mestrado. Escola Superior de Saúde: Instituto Politécnico de Setúbal.
- Galvão, M. & Janeiro, J. (2013). O autocuidado em enfermagem: autogestão, automonitorização e gestão sintomática como conceitos relacionados. *Revista Mineira de Enfermagem* 17(1): 225-230 DOI: 10.5935/1415-2762.20130019.
- Global Strategy for the Diagnosis, Management and Prevention of COPD, Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease (GOLD). (2016). Acedido em 16/03/2016. Disponível em: <http://www.goldcopd.org/>.
- Heitor, C.; Canteiro, M.; Ferreira, J.; Olazabal, M.; Maia, M. (1988). *Reeducação Funcional Respiratória*. Lisboa: Boehringer.
- Hert, M.; Correll, C.; Bobes, J.; Cetkovich-Bakmas, M.; Cohen, D.; Asai, I.; Detraux, J.; Gautam, S.; Moller, H.; Ndeti, D.; Newcomer, J.; Uwakwe, R.; Leucht, S. (2011). Physical illness in patients with severe mental disorders. I. Prevalence, impact of medications and disparities in health care. *World Psychiatry*. 10 (1). 52-77.
- Hesbeen, W. (2010). *A Reabilitação: Criar Novos Caminhos* Loures: Lusociência.
- Hoeman, S. (2011). *Enfermagem de Reabilitação: Prevenção, Intervenção e Resultados Esperados*. (4ª ed.). Loures: Lusodidacta.
- International Council of Nurses. (2009). Nursing Matters: Adherence to Long Term Therapy. Acedido em 28/05/2016. Disponível em http://www.icn.ch/images/stories/documents/publications/fact_sheets/8a_FS-Adherence_Long-Term_Therapy.pdf
- Klein, J., & Gonçalves, A. (2005). A adesão terapêutica em contexto de cuidados de saúde primários. *Psico-USF*, 10 (2), 113-120.
- Monahan, F.; Sands, J.; Neighbors, M.; Marek, J. & Green, C. (2007) Phipps *enfermagem médico-cirúrgica: Perspectivas de saúde e doença*. (I. Ligeiro, L.

- Leal, H. Azevedo, Trad.) (8ª ed.) (Vol. III) Loures: Lusodidacta. (tradução do original inglês Medical-Cirurgical nursing: Health and illness perspectives, 8th ed., 2007).
- Moraes, A.; Rolim, G.; Jr., A. (2009). O processo de adesão numa perspectiva analítico comportamental. *Revista Brasileira de Terapia Comportamental e Cognitiva*. 11 (2). 329-345.
- Observatório Nacional das Doenças Respiratórias. (2016). 11º Relatório: Prevenir as Doenças Respiratórias, acompanhar e reabilitar os doentes.
- Ordem dos Enfermeiros. (2009). Estabelecer parcerias com os indivíduos e as famílias para promover a adesão ao tratamento – Catálogo da Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (Cipe ®) – do original «*Partnering with Individuals and Families to Promote Adherence to Treatment. International Classification for Nursing Practice (ICNP®) Catalogue*»
- Ordem dos Enfermeiros. (2011). CIPE® Versão 2 – CLASSIFICAÇÃO INTERNACIONAL PARA A PRÁTICA DE ENFERMAGEM – do original “ICNP® Version 2 – INTERNACIONAL CLASSIFICATION FOR NURSING PRACTICE”
- Orem, D. (1993). *Modelo de Orem, Conceptos de enfermeira en la práctica*. Barcelona: Ediciones Científicas y Técnicas, S.A.
- Organização Mundial de Saúde. (2002). *Relatório Mundial de Saúde. Saúde Mental: nova concepção, nova esperança*. Lisboa: Direcção Geral de Saúde.
- Organização Mundial de Saúde. (2004). *CIF: Classificação Internacional da Funcionalidade, Incapacidade e Saúde*. Lisboa: Direcção Geral de Saúde.
- Organização Mundial de Saúde. (2007). Vigilância global, prevenção e controlo das Doenças Respiratórias Crónicas: uma abordagem integradora. Lisboa: Direcção Geral de Saúde.
- Padilha, J. (2013). *Promoção da gestão do regime terapêutico em clientes com DPOC: um percurso de investigação-ação*. Tese de Doutoramento, Universidade Católica Portuguesa, Portugal.
- Padilha, J.; Oliveira, M. & Campos, M. (2010). Revisão integrativa da literatura sobre gestão do regime terapêutico em pacientes com doença pulmonar obstrutiva crónica. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 44 (4), 1129-1134.

- Pestana, H. (2017) Cuidados de enfermagem de reabilitação: enquadramento. In Marques-Vieira, C.; Sousa, L. *Cuidados de Enfermagem de Reabilitação à pessoa ao longo da vida*. (pp 47-56) Loures: Lusodidacta.
- Pestana, H. (2017) Sistemas de informação e a especialidade de enfermagem de reabilitação. In Marques-Vieira, C.; Sousa, L. *Cuidados de Enfermagem de Reabilitação à pessoa ao longo da vida*. (pp 77-88) Loures: Lusodidacta.
- Petronilho, F. (2012). *Autocuidado: Conceito central da enfermagem. Da conceptualização aos dados empíricos através de uma revisão da literatura dos últimos 20 anos (1990-2011)*. (1ª ed.). Coimbra: Formasau.
- Regulamento Nº 122/2011 de 18 de Fevereiro (2011) Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista *Diário da Republica II Série*, Nº 35 (18-02-2011) (8648-8653).
- Regulamento Nº 125/2011 de 18 de Fevereiro (2011) Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação *Diário da Republica II Série*, Nº 35 (18-02-2011) (8658-8659).
- Regulamento Nº 350/2015 de 22 de Junho (2015) Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem em Enfermagem de Reabilitação *Diário da Republica II Série*, Nº 119 (22-06-2015) (16655-16660).
- Reis, G.; Bule, M. (2017). Capacitação e atividade de vida. In Marques-Vieira, C.; Sousa, L. *Cuidados de Enfermagem de Reabilitação à pessoa ao longo da vida*. (pp 57-65) Loures: Lusodidacta.
- Santos, L. (2017). O Processo de reabilitação. In Marques-Vieira, C.; Sousa, L. *Cuidados de Enfermagem de Reabilitação à pessoa ao longo da vida*. (pp 15-23) Loures: Lusodidacta.
- Sequeira, C. (2010). *Cuidar de idosos com dependência física e mental*. Lisboa: Lidel, Edições Técnicas, Lda.
- Silva, G.; Morano, M.; Viana, C.; Magalhães, C. & Pereira, E.; (2013). Validação do Teste de Avaliação da DPOC em português para uso no Brasil. *Jornal Brasileiro de Pneumologia*. 39. (4) 402-408.
- Smith, D.; Langan, J.; McLean, G.; Guthrie, B.; Mercer, S. (2013). Schizophrenia is associated with excess multiple physical-health comorbidities but low levels of recorded cardiovascular disease in primary care: cross-sectional study. *BMJ Open*. 3. 1-9.

- Sousa, M. (2003). Bronquiectasias. In Gomes, M.; Sotto-Mayor, R. *Tratado de Pneumologia*. (Vol. 1, pp.921-925) Lisboa: Permanyer, Sociedade Portuguesa de Pneumologia.
- Sousa, L.; Marques-Vieira, C.; Severino, S.; Caldeira, S. (2017). Propriedades psicométricas de instrumentos de avaliação para a investigação e prática dos enfermeiros de reabilitação. In Marques-Vieira, C.; Sousa, L. *Cuidados de Enfermagem de Reabilitação à pessoa ao longo da vida*. (pp 113-121) Loures: Lusodidacta.
- Wong, C.; Carson, K. & Smith, B. Home care by outreach nursing for chronic obstructive pulmonary disease. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2012, Issue 4. Art. No.: CD000994. **DOI:** 10.1002/14651858.

ANEXOS

ANEXO I

Modified British Medical Research Council (mMRC) Questionnaire

Anexo III: QUESTIONÁRIO PARA AVALIAÇÃO DOS SINTOMAS EM DOENTES COM DPOC

3.1. Questionário para avaliação do grau de dispneia, adaptado da versão modificada do Medical Research Council Dyspnoea Questionnaire (mMRC)

Assinale com uma cruz (X), o quadrado ☐ correspondente à afirmação que melhor descreve a sua sensação de falta de ar.

GRAU 0

Sem problemas de falta de ar exceto em caso de exercício intenso.

"Só sinto falta de ar em caso de exercício físico intenso". ☐

GRAU 1 Falta de fôlego em caso de pressa ou ao percorrer um piso ligeiramente inclinado.

"Fico com falta de ar ao apressar-me ou ao percorrer um piso ligeiramente inclinado". ☐

GRAU 2

Andar mais devagar que as pessoas da minha idade devido a falta de fôlego, ou necessidade de parar para respirar quando anda no seu passo normal.

"Eu ando mais devagar que as restantes pessoas devido à falta de ar, ou tenho de parar para respirar quando ando no meu passo normal". ☐

GRAU 3

Paragens para respirar de 100 em 100 metros ou após andar alguns minutos seguidos.

"Eu paro para respirar depois de andar 100 metros ou passados alguns minutos". ☐

GRAU 4 Demasiado cansado/a ou sem fôlego para sair de casa, vestir ou despir.

"Estou sem fôlego para sair de casa". ☐

ANEXO II

COPD Assessment Test - CAT

O seu nome:

Data de hoje:



Como está a sua DPOC (Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica)? Faça o Teste de Avaliação da DPOC (COPD Assessment Test™-CAT)

Esse questionário irá ajudá-lo e ao seu profissional da saúde a medir o impacto que a DPOC (Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica) causa no seu bem estar e o no seu dia a dia. As suas respostas e a pontuação do teste podem ser utilizadas por você e pelo seu profissional da saúde para ajudar a melhorar o controle da sua DPOC e a obter o máximo benefício do tratamento.

Para cada um dos itens a seguir, assinale com um (X) o quadrado que melhor o descrever presentemente. Certifique-se de selecionar apenas uma resposta para cada pergunta.

Por exemplo: Estou muito feliz

☐ ☒ ☐ ☐ ☐ ☐

Estou muito triste

PONTUAÇÃO

Nunca tenho tosse

☐ 0 ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5

Tenho tosse o tempo todo

Não tenho nenhum catarro
(secreção) no peito

☐ 0 ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5

O meu peito está cheio de
catarro (secreção)

Não sinto nenhuma
pressão no peito

☐ 0 ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5

Sinto uma grande pressão
no peito

Não sinto falta de ar
quando subo uma ladeira
ou um andar de escada

☐ 0 ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5

Sinto bastante falta de ar
quando subo uma ladeira ou
um andar de escada

Não sinto nenhuma
limitação nas minhas
atividades em casa

☐ 0 ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5

Sinto-me muito limitado nas
minhas atividades em casa

Sinto-me confiante para
sair de casa, apesar da
minha doença pulmonar

☐ 0 ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5

Não me sinto nada confiante
para sair de casa, por causa
da minha doença pulmonar

Durmo profundamente

☐ 0 ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5

Não durmo profundamente
devido à minha doença
pulmonar

Tenho muita energia
(disposição)

☐ 0 ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5

Não tenho nenhuma energia
(disposição)

O teste de Avaliação da DPOC (COPD Assessment Test) e o logotipo CAT é uma marca comercial do grupo de empresas GlaxoSmithKline.
©2009 GlaxoSmithKline. Todos os direitos reservados.

PONTUAÇÃO
TOTAL

Pontuação CAT	Nível de impacto da DPOC
<10	Reduzido
10-20	Médio
21-30	Alto
>30	Muito alto

Fonte: Silva, G.; Morano, M.; Viana, C.; Magalhães, C. & Pereira, E.; (2013). Validação do Teste de Avaliação da DPOC em português para uso no Brasil. *Jornal Brasileiro de Pneumologia*. 39. (4) 402-408.

ANEXO III

Escala de Glasgow

Escala de Glasgow

		Score
Abertura olhos	4 - Espontaneamente 3 - Por ordem 2 - À dor 1 - Nula	
Resposta verbal	5 - Orientada 4 - Confusa 3 - Inapropriada 2 - Incompreensível 1 - Nula	
Resposta Motora	6 - Obedece a ordens 5 - Localiza a dor 4 - Foge à dor 3 - Flexão à dor 2 - Extensão à dor 1 - Nula	
		Total:

ANEXO IV

Escala de Lower

Escala de Lower

Segmentos	Movimentos	Grau de Força
Cabeça e Pescoço	Flexão	
	Extensão	
	Flexão lateral direita	
	Flexão lateral esquerda	
	Rotação	

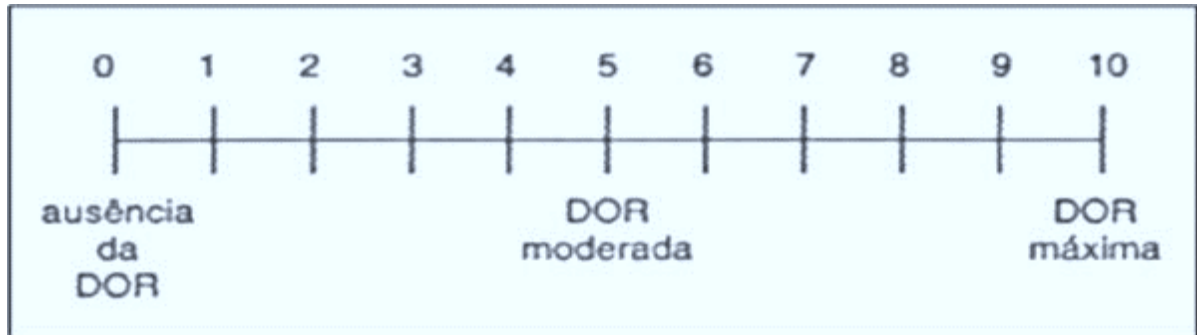
Segmentos	Movimentos	Grau de Força	
Membro superior		Direito	Esquerdo
Escapulo-umeral	Flexão		
	Extensão		
	Adução		
	Abdução		
	Rotação interna		
	Rotação externa		
Cotovelo	Flexão		
	Extensão		
Antebraço	Pronação		
	Supinação		
Punho	Flexão palmar		
	Dorsi-flexão		
	Desvio radial		
	Desvio cubital		
	Circundação		
Dedos	Flexão		
	Extensão		
	Adução		
	Abdução		
	Circundação		
	Oponência do polegar		

Segmentos	Movimentos	Grau de Força	
Membro superior		Direito	Esquerdo
Coxo Femural	Flexão		
	Extensão		
	Adução		
	Abdução		
	Rotação interna		
	Rotação externa		
Joelho	Flexão		
	Extensão		
Tíbio-Tarsica	Flexão planar		
	Flexão dorsal		
	Inversão		
	Eversão		
Dedos	Flexão		
	Extensão		
	Adução		
	Abdução		

ANEXO V

Escala Numérica da Dor

Escala Numérica da Dor



ANEXO VI
Índice de Barthel

Índice de Barthel

Atividade	Pontuação
BANHO 5 = Independente (não necessita de ajuda, faz sozinho) 0 = Dependente (necessita de algum tipo de ajuda/supervisão)	
HIGIENE PESSOAL 5 = Independente (não necessita de ajuda, faz sozinho) 0 = Dependente (necessita de auxílio nos cuidados pessoais)	
VESTIR/DESPIR 10 = Independente (inclui fechos, botões e atacadores) 5 = Necessita de uma pequena ajuda ou supervisão, faz parte sozinho 0 = Dependente (não faz nada sozinho)	
ALIMENTAÇÃO 10 = Independente (não necessita de ajuda, faz sozinho) 5 = Necessita de uma pequena ajuda para cortar a carne ou barrar o pão, come sozinho 0 = Dependente (necessita ser alimentado por outra pessoa)	
INTESTINOS 10 = Continente 5 = Acidente ocasional 0 = Incontinente (necessita de enemas)	
BEXIGA 10 = Continente 5 = Acidente ocasional 0 = Incontinente	

Atividade	Pontuação
USO DA SANITA 10 = Independente 5 = Necessita de uma pequena ajuda ou supervisão, faz parte sozinho 0 = Dependente (não faz nada sozinho)	
TRANSFERÊNCIAS 15 = Independente (não necessita de ajuda) 10 = Necessita de uma pequena ajuda ou supervisão 5 = Necessita de uma grande ajuda física, apenas consegue sentar-se 0 = Dependente, sem equilíbrio sentado	
MOBILIZAÇÃO 15 = Independente (pode usar meios auxiliares de marcha, ex: bengala) 10 = Marcha, necessita de uma pequena ajuda física, ou supervisão, por parte de outra pessoa 5 = Independente em cadeira de rodas 0 = Dependente, imóvel	
ESCADAS 10 = Independente, sobe e desce 5 = Necessita de uma pequena ajuda ou supervisão 0 = Dependente, é incapaz	
TOTAL	

Escala:

100 Pontos (95 se permanece em cadeira de rodas) - Independente

>60 Pontos – Dependente em grau reduzido

40-55 Pontos – Dependente em grau moderado

20-35 Pontos – Dependente em grau elevado

>20 Pontos - Totalmente dependente

ANEXO VII

Escala de Morse

Escala de Morse

Avaliação	Pontuação
1. Antecedentes de quedas	
0 – Não	
25 – Sim (se queda no presente internamento ou caiu pela 1ª vez e/ou caiu imediatamente antes da admissão, último ano)	
2. Diagnóstico Secundário	
0 – Não	
15 – Sim (se mais do que um diagnóstico no processo clínico)	
3. Apoio para Deambulação	
0 – Sem ajuda do auxiliar de marcha (pode ser assistido por um enfermeiro)/CR/Acamado	
15 – Com ajuda de auxiliar de marcha	
30 – Apoiando-se na mobília	
4. Medicação e/ou Heparina Intravenosa	
0 – Não	
20 – Sim	
5. Marcha	
0 – Normal/CR/Acamado	
10 – Caminha inclinado, com cabeça erguida, sem perder o equilíbrio e apoiando-se na mobília	
20 – Défices de marcha – caminha agarrado às mobílias ou amparado em pessoas (não consegue caminhar sem ajuda)	
6. Estado Mental	
0 – Consciente das suas limitações	
15 – Não consciente das suas limitações	
Total	

Escala:

0 - 24: Baixo Risco

25-50: Médio Risco

≥51: Alto Risco

ANEXO VIII

Escala de Braden

ESCALA DE BRADEN PARA AVALIAÇÃO DO RISCO DE ÚLCERAS DE PRESSÃO

Nome do doente: _____		Nome do avaliador: _____		Data da avaliação: _____	
Serviço: _____		Cama: _____		Idade: _____	
Percepção sensorial Capacidade de resposta significativa ao desconforto	<p>1. Completamente limitada: Não reage a estímulos dolorosos (não geme, não se retrai nem se agita e nada) devido a um nível reduzido de consciência ou à sedação, OU capacidade limitada de sentir a dor na maior parte do seu corpo.</p> <p>2. Muito limitada: Reage unicamente a estímulos dolorosos. Não consegue comunicar o desconforto, excepto através de gemidos ou inquietação, OU tem uma limitação sensorial que lhe reduz a capacidade de sentir dor ou desconforto em mais de metade do corpo.</p> <p>3. ligeiramente limitada: Obedece a instruções verbais, mas nem sempre consegue comunicar o desconforto ou a necessidade de ser mudado de posição, OU tem alguma limitação sensorial que lhe reduz a capacidade de sentir dor ou desconforto em 1 ou 2 extremidades.</p> <p>4. Nenhuma limitação: Obedece a instruções verbais. Não apresenta dificuldade sensorial que possa limitar a capacidade de sentir ou exprimir dor ou desconforto.</p>				
Humidade Nível de exposição da pele à humidade	<p>1. Pele constantemente húmida: A pele mantém-se sempre húmida devido a sudorese, urina, etc. É detectada humidade sempre que o doente é deslocado ou virado.</p> <p>2. Pele muito húmida: A pele está frequentemente, mas nem sempre, húmida. Os lençóis têm de ser mudados pelo menos uma vez por turno.</p> <p>3. Pele ocasionalmente húmida: A pele está por vezes húmida, exigindo uma mudança adicional de lençóis aproximadamente uma vez por dia.</p> <p>4. Pele raramente húmida: A pele está geralmente seca; os lençóis só têm de ser mudados nos intervalos habituais.</p>				
Actividade Nível de actividade física	<p>1. Acamado: O doente está confinado à cama.</p> <p>2. Sentado: Capacidade de marcha gravemente limitada ou inexistente. Não pode fazer carga e/ou tem de ser ajudado a sentar-se na cadeira normal ou de rodas.</p> <p>3. Anda ocasionalmente: Por vezes caminha durante o dia, mas apenas curtas distâncias, com ou sem ajuda. Passa a maior parte dos turnos deitado ou sentado.</p> <p>4. Anda frequentemente: Anda fora do quarto pelo menos duas vezes por dia, e dentro do quarto pelo menos de duas em duas horas durante o período em que está acordado.</p>				
Mobilidade Capacidade de alterar e controlar a posição do corpo	<p>1. Completamente imobilizado: Não faz qualquer movimento com o corpo ou extremidades sem ajuda.</p> <p>2. Muito limitada: Ocasionalmente muda ligeiramente a posição do corpo ou das extremidades, mas não é capaz de fazer mudanças frequentes ou significativas sozinho.</p> <p>3. ligeiramente limitada: Faz pequenas e frequentes alterações de posição do corpo e das extremidades sem ajuda.</p> <p>4. Nenhuma limitação: Faz grandes ou frequentes alterações de posição do corpo sem ajuda.</p>				
Nutrição Alimentação habitual	<p>1. Muito pobre: Nunca come uma refeição completa. Raramente come mais de 1/3 da comida que lhe é oferecida. Come diariamente duas refeições, ou menos, de proteínas (carne ou lacticínios). Ingera poucos líquidos. Não toma um suplemento dietético líquido OU está em jejum e/ou a dieta líquida ou a sonda durante mais de cinco dias.</p> <p>2. Provavelmente inadequada: Raramente come uma refeição completa e geralmente come apenas cerca de 1/2 da comida que lhe é oferecida. A digestão de proteínas consiste unicamente em três refeições diárias de carne ou lacticínios. Ocasionalmente toma um suplemento dietético OU recebe menos do que a quantidade ideal de líquidos ou alimentos por sonda.</p> <p>3. Adequada: Come mais de metade da maior parte das refeições. Faz quatro refeições diárias de proteínas (carne, peixe, lacticínios). Por vezes recusa uma refeição, mas toma geralmente um suplemento caso lhe seja oferecido, OU é alimentado por sonda ou num regime de nutrição parentérica total satisfazendo provavelmente a maior parte das necessidades nutricionais.</p> <p>4. Excelente: Come a maior parte das refeições na hora. Nunca recusa uma refeição. Faz geralmente um total de quatro ou mais refeições (carne, peixe, lacticínios). Come ocasionalmente entre as refeições. Não requer suplementos.</p>				
Fricção e força de deslizamento	<p>1. Problema: Requer uma ajuda moderada a máxima para se movimentar. É impossível levantar o doente completamente sem deslizar contra os lençóis. Desce frequentemente na cama ou cadeira, exigindo um reposicionamento constante com ajuda manual. Espasticidade, contraturas ou agitação leva a fricção quase constante.</p> <p>2. Problema potencial: Movimenta-se com alguma dificuldade ou requer uma ajuda mínima. É provável que, durante uma movimentação, a pele deslize de alguma forma contra os lençóis, cadeira, apoios ou outros dispositivos. A maior parte do tempo, mantém uma posição relativamente boa na cama ou na cadeira, mas ocasionalmente desce.</p> <p>3. Nenhum problema: Move-se na cama e na cadeira sem ajuda e tem força muscular suficiente para se levantar completamente durante uma mudança de posição. Mantém uma correcta posição na cama ou cadeira.</p>				
Nota: Quanto mais baixa for a pontuação, maior será o potencial para desenvolver uma úlcera de pressão.		Pontuação total:			

ANEXO IX
Índice de Lawton

Índice de Lawton

Item	Atividades Instrumentais de Vida Diária	Pontuação
Cuidar da casa	1 = Cuida da casa sem ajuda 2 = Faz tudo exceto o trabalho pesado 3 = Só faz tarefas leves 4 = Necessita de ajuda para todas as tarefas 5 = Incapaz de fazer alguma tarefa	
Lavar a roupa	1 = Lava a sua roupa 2 = Só lava pequenas peças 3 = É incapaz de lavar a sua roupa	
Preparar a comida	1 = Planeia, prepara e serve sem ajuda 2 = Prepara se lhe derem os ingredientes 3 = Prepara pratos pré-cozinhados 4 = Incapaz de preparar refeições	
Ir às compras	1 = Faz compras sem ajuda 2 = Só faz pequenas compras 3 = Faz as compras acompanhado 4 = É incapaz de ir às compras	
Uso do telefone	1 = Usa-o sem dificuldade 2 = Só liga para lugares familiares 3 = Necessita de ajuda para o usar 4 = Incapaz de usar o telefone	
Uso de transporte	1 = Viaja em transporte público ou conduz 2 = Só anda de táxi 3 = Necessita de acompanhamento 4 = Incapaz de utilizar o transporte	

Item	Atividades Instrumentais de Vida Diária	Pontuação
Uso de dinheiro	1 = Paga as contas, vai ao banco, etc. 2 = Só em pequenas quantidades de dinheiro 3 = Incapaz de utilizar o dinheiro	
Responsável pelos medicamentos	1 = Responsável pela sua medicação 2 = Necessita que lhe preparem a medicação 3 = Incapaz de se responsabilizar pela sua medicação.	
Total		

Escala:

8 pontos – Independente

9-20 pontos – Moderadamente dependente, necessita de alguma ajuda

>20 pontos – Severamente dependente, necessita de muita ajuda

ANEXO X

Escala de Borg Modificada



IDENTIFICAÇÃO DOENTE

Avaliação de Dispneia e Cansaço

Data: ____ / ____ / ____ Processo RR: _____

Escala de BORG Modificada

DISPNEIA			CANSATO		
_____	0	Absolutamente nada	0	_____	
_____	0,5	Pouquíssima, quase nada	0,5	_____	
_____	1	Muito pouca	1	_____	
_____	2	Pouca	2	_____	
_____	3	Média, regular	3	_____	
_____	4	Um pouco forte	4	_____	
_____	5	Forte	5	_____	
_____	6		6	_____	
_____	7	Muito forte	7	_____	
_____	8		8	_____	
_____	9	Fortíssima	9	_____	
_____	10	Máxima	10	_____	

ANEXO XI

Teste de Fagerström adaptado

Teste de Fagerström adaptado

Perguntas		
Após acordar, quando é que fuma o 1º cigarro?	Nos primeiros 5 minutos Após 6 – 30 minutos Após 31 – 60 minutos Após > 60 minutos	3 2 1 0
É difícil para si não fumar em espaços onde é proibido fumar (cinemas, viagens de avião, etc.)?	Sim Não	1 0
Qual o cigarro que teria mais dificuldade em abandonar?	O primeiro da manhã outros	1 0
Quantos cigarros fuma por dia?	< = 10 11 – 20 21 – 30 > 31	0 1 2 3
Fuma mais frequentemente nas primeiras horas após acordar do que no resto do dia?	Sim Não	1 0
Fuma, mesmo quando está doente e acamado?	Sim Não	1 0

A pontuação máxima é de 10. Os fumadores que obtenham uma pontuação de 6, ou mais, podem considerar-se muito dependentes. Os que obtenham uma pontuação inferior a 6, pouco dependentes.

Fonte: Direção Geral de Saúde. (2007). Programa-tipo de actuação em cessação tabágica. Circular Normativa Nº 26/DSPPS (28-12-2017).

ANEXO XII

Teste de Richmond

Teste de Richmond (avaliação da motivação)

Questões a colocar	Pontos
Gostaria de deixar de fumar se o pudesse fazer facilmente?	
<input type="checkbox"/> Não	0
<input type="checkbox"/> Sim	1
Tem realmente vontade de deixar de fumar?	
<input type="checkbox"/> Nenhuma	0
<input type="checkbox"/> Pouca	1
<input type="checkbox"/> Alguma	2
<input type="checkbox"/> Muita	3
Acredita que conseguirá deixar de fumar nas próximas 2 semanas?	
<input type="checkbox"/> Não	0
<input type="checkbox"/> Talvez	1
<input type="checkbox"/> Provavelmente	2
<input type="checkbox"/> De certeza	3
Pensa que será ex-fumador(a) dentro de 6 meses?	
<input type="checkbox"/> Dificilmente	0
<input type="checkbox"/> Pode ser	1
<input type="checkbox"/> Provavelmente	2
<input type="checkbox"/> De certeza	3
Pontuação total:	

Pontuação máxima de 10. Motivação baixa se pontuação total de 0-6 pontos; Motivação moderada se 7-9 pontos; Motivação elevada se 10 pontos.

Fonte: <http://www.mgfamiliar.net/itemgenerico/que>

ANEXO XIII

Registo do Ensino da Terapêutica Inalatória



IDENTIFICAÇÃO DOENTE

Registo do Ensino da Terapêutica Inalatória

Processo: _____

Terapêutica inalatória actual:

Data				
Nome inalador				
Dose				
Horários de administração				
Administra o número de puff's prescrito				
Cumpre os horários prescritos para administração				
Lava a boca após fazer o inalador (se corticóide)				

Check List

Data				
Administra os inaladores pela ordem correcta	Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>	Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>	Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>	Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>
Prepara correctamente a dose para inalar	Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>	Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>	Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>	Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>
No caso de MDI:	Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>	Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>	Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>	Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>
- Aquece				
- Agita	Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>	Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>	Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>	Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>

SERVIÇO DE PNEUMOLOGIA



1 / 3

Data				
Coloca o inalador na posição correcta: - Se for MDI , em posição em L	Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> _____ _____ _____	Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> _____ _____ _____	Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> _____ _____ _____	Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> _____ _____ _____
- Se for DPI em posição horizontal	Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> _____ _____ _____	Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> _____ _____ _____	Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> _____ _____ _____	Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> _____ _____ _____
Realiza uma expiração lenta antes de activar o inalador	Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> _____ _____ _____	Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> _____ _____ _____	Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> _____ _____ _____	Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> _____ _____ _____
Coloca os lábios bem fechados à volta do aplicador	Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> _____ _____ _____	Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> _____ _____ _____	Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> _____ _____ _____	Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> _____ _____ _____
Realiza pausa inspiratória de pelo menos 10 seg. após a administração do inalador	Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> _____ _____ _____	Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> _____ _____ _____	Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> _____ _____ _____	Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> _____ _____ _____
Realiza pausa de 30 a 60 seg. entre cada puff (caso necessite de fazer mais do que uma inalação)	Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> _____ _____ _____	Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> _____ _____ _____	Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> _____ _____ _____	Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> _____ _____ _____
Se utiliza câmara expansora: - Adapta correctamente o inalador à câmara expansora	Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> _____ _____ _____	Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> _____ _____ _____	Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> _____ _____ _____	Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> _____ _____ _____
- Adapta correctamente a máscara à face e nariz	Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> _____ _____ _____	Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> _____ _____ _____	Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> _____ _____ _____	Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> _____ _____ _____
- Efectua a lavagem da câmara 1x mês	Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> _____ _____ _____	Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> _____ _____ _____	Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> _____ _____ _____	Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> _____ _____ _____
- Desmonta todas as peças para efectuar a lavagem	Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> _____ _____ _____	Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> _____ _____ _____	Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> _____ _____ _____	Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> _____ _____ _____

ANEXO XIV

Artigo "Validation study of a Portuguese version of the Hospital
Anxiety and Depression Scale"

Validation study of a Portuguese version of the Hospital Anxiety and Depression Scale

J. PAIS-RIBEIRO¹, I. SILVA², T. FERREIRA³, A. MARTINS³,
R. MENESSES², & M. BALTAR¹

¹Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação, Universidade do Porto, ²Universidade Fernando Pessoa, Porto, ³Escola Superior de Enfermagem S. João, Porto, Portugal

Abstract

The study aims to develop and assess metric proprieties of the Portuguese version of the Hospital Anxiety and Depression Scale. A sequential sample includes 1322 participants diagnosed with cancer, stroke, epilepsy, coronary heart disease, diabetes, myotonic dystrophy, obstructive sleep apnoea, depression and a non-disease group, which completed the HADS. The first step includes translation, retroversion, inspection for lexical equivalence and content validity, and cognitive debriefing. Then we reproduce oblique exploratory factor analysis and use confirmatory factor analysis. We explore the sensibility of the questionnaire. The validation process of the Portuguese HADS version shows metric properties similar to those in international studies, suggesting that it measures the same constructs, in the same way, as the original HADS form.

Keywords: Anxiety and depression, metric properties, scale adaptation

Introduction

The Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS) was designed to aid the clinician in recognizing emotional components of physical illness (Snaith & Zigmond, 1994) as a screening device for anxiety and depression in a general hospital setting and has proved to be useful in the assessment of changes in the patient's emotional state (Zigmond & Snaith, 1983). These components may increase the distress involved in physical illness, make diagnosing more difficult or prolong the recovery time. Once recognized, emotional distress may respond well to appropriate antidepressant and anxiety management measures.

Zigmond and Snaith (1983) explain that emotional disorder may sometimes result from stress caused by physical disability but somatic symptoms leading to referrals to medical or surgical settings may be a manifestation of emotional states, namely anxiety or depression, with no basis in organic pathology. Because of this, authors selected the HADS items to be relatively unaffected by concurrent physical illness such as loss of appetite and sleep disturbance, which may be symptomatic of either emotional disturbance or physical illness (Snaith, 2003).

Traditional emotional distress measures are time and energy consuming and to make cost-effective screening of emotional disorders feasible, development of brief questionnaires like HADS is necessary. To be useful in disease settings the questionnaire must be brief, acceptable to patients, readily comprehended and provide clear information on the interpretation of scores.

Snaith and Zigmond (1994) explained that HADS is a present-state instrument with emphasis on the condition within the preceding few days; subscales were established for the purpose of screening for the presence of mood as a disorder state. Despite the term “hospital” in the title, subsequent work has shown the scale to be valid in primary care and community settings. It is also useful in general psychiatric and clinical psychological work.

Some researchers defend that “the HADS score does not accurately identify the presence of major depressive disorder in either medical or psychiatric patients, and should not therefore be used in research studies for this purpose” (Silverstone, 1994, p. 449). Silverstone states that HADS remains clinically useful for its original screening purpose. Further validation studies of the English and of foreign language translations of the HADS were undertaken in a variety of settings and centres. In a recent review, Bjelland, Dahl, Haug, and Neckelmann (2002) concluded: “The HADS was found to perform well in assessing severity and caseness of anxiety disorders and depression in both somatic, psychiatric in primary care patients and in the general population” (p. 69). In spite of to be developed to identify two separate constructs (anxiety and depression), Herrmann (1997) and Johnston, Pollard and Hennessy (2000) propose that a unique score based on the 14 items in HADS can be used to measure emotional distress.

In 1997, while reporting on HADS use, Herrmann recognized it as a reliable and valid instrument, and published studies from most medical settings worldwide provide clinically meaningful results as a psychological screening tool. By May 2002, Bjelland et al. found 747 papers that referred to HADS in Medline, ISI and PsycINFO indexed journals, and since Herrmann’s review the number of papers using HADS has increased almost fourfold. In fact, HADS continues to be one of the most useful and used instrument in different settings and conditions (Bambauer, Locke, Aupont, Mullan, & McLaughlin, 2005; Cramer, Brandenburg, & Xu, 2005; Engum, Bjoro, Mykletun, & Dahl, 2005; King Jr., Kassam, Yonas, Horowitz, & Roberts, 2005; Stoffman, Roberts, & King Jr., 2005; Vaeroy, Tanum, Bruaset, Morkrid, & Forre, 2005; Vileikyte et al., 2005; Zoger, Svedlund, & Holgers, 2004), in different age groups (Bierman, Comijs, Jonker, & Beekman, 2005; Biringer et al., 2005; Bonjardim, Gavião, Pereira, & Castelo, 2005; Hedstrom, Ljungman, & von Essen, 2005; Quinlivan & Condon, 2005; Tuohy, Knussen, & Wrennall, 2005), and in different countries, languages and cultures (Barth & Martin, 2005; Engum, Mykletun, Midthjell, Holen, & Dahl, 2005; Hemmerling, Siedentopf, & Kentenich, 2005; Juang, Wang, Lu, Lee, & Fuh, 2005; Leung, Wing, Kwong, Lo, & Shum, 1999; Matsushita, Matsushima, & Maruyama, 2005; Mystakidou et al., 2005; Muluk, Oguzturk, Ekici, & Koc, 2005; Pochard et al., 2005; Skarstein, Bjelland, Dahl, Laading, & Fossa, 2005; Trappenburg et al., 2005; van der Lee et al., 2005).

The purpose of this study is to report the metric properties of the Portuguese version of the HADS.

Methods

Subjects

Participants constitute a sequential sample, including 1322 individuals, mean age 49.35 years, 60% female, with the demographic and disease characteristics shown in Table I.

Table I. Demographic and disease characteristics of the participants.

Disease	Number	Gender % Female	Age M (range)	School level M
Cancer	98	100%	58.10 (25–79)	4.31
Breast (53.1%)				
Ovarian (10.2%)				
Uterine (36.7%)				
Stroke	253	88.1	55.26 (20–88)	6.19
Epilepsy	100	56	37.4 (14–99)	7.5
Diabetes (type 2)	316	55.4	48.38 (16–84)	6.58
Coronary heart disease	274	14.6	55.81 (22–83)	7.57
Morbid obesity (BMI, M%48.96)	190	85.3	38.78 (15–65)	7.48
Depression	20	70	52.09 (33–68)	–
Myotonic dystrophy	18	44.4	42.55 (15–66)	–
Obstructive sleep apnoea	31	12.9	52.09 (33–68)	7.51
No disease	22	59.1	30.81 (20–60)	14.90

BMI, body mass index.

The group without disease and the group of depressed patients were used as references. For validation purposes, an analysis of variance (ANOVA) comparison between groups for age and school level was performed with Thamane's T2 correction for not-assumed equal variances. Statistical significant differences were found for age between disease groups ($F(9,1310)=47.53$, $p<0.0001$) and for school level ($F(7,1258)=18.70$, $p<0.0001$).

Material

HADS consists of two subscales, one measuring anxiety, with seven items, and one measuring depression, with seven items, which are scored separately. Each item was answered by the patient on a 4-point (0–3) response category so the possible scores ranged from 0 to 21 for anxiety and 0 to 21 for depression. It takes 2–5 min to complete (Snaith, 2003). The HADS manual indicates that a score between 0 and 7 is “normal”, between 8 and 10 “mild”, between 11 and 14 “moderate” and between 15 and 21 “severe”. An analysis of scores on the two subscales of a further sample, in the same clinical setting, enabled of information that a score of 0–7 for either subscale could be regarded as being in the normal range. Snaith (2003) posits a score of 11 or higher indicating probable presence (“caseness”) of a mood disorder and a score of 8–10 being just suggestive of the presence of the respective state. Bjelland et al. (2002) found cut-off points between 8 and 9. A study with a Brazilian sample (Portuguese-Brazilian language; Botega, Bio, Zomignani, Garcia & Pereira, 1995) proposed a cut-off point of 8/9 for anxiety and depression scales.

Other studies suggest that recommended cut-off scores for the HADS may result in under-reporting of psychiatric morbidity among women with early-stage breast cancer (Love, Kissane, Bloch, & Clarke, 2002).

In the Zigmund and Snaith (1983) development of HADS, authors used a sample aged between 16 and 65, but White, Leach, Sims, Atkinson, and Cottrell (1999) shows that the psychometric properties of the HADS and its conciseness make it useful in clinical settings for screenings, as well as with adolescents between 12 and 17 years of age.

A formal study of a Portuguese form is starting to be published by our group (Silva, PaisRibeiro & Cardoso, 2005).

Adaptation to Portuguese language

Translation into a foreign language demands different kinds of equivalences, such as lexical and cultural. The translation used a two-person English –Portuguese translation, a two-person retroversion and a discussion group to achieve full consensus for the lexical and cultural equivalence. Content validity analysis was performed by two psychologists. After lexical equivalence and content validity were defined, a cognitive debriefing analysis was performed with subjects from the lower educational levels and from the oldest groups of potential patients. After the final version was defined, we chose a face format for the questionnaire identical to the one in the manual (see Appendix).

The authors recommend that caution be observed; the patient must, in fact, be literate and able to read the questionnaire (Snaith, 2003). Because older segments of the Portuguese population have lower educational levels, we were cautious about reading capabilities. The scale was generally well accepted by patients from all the disease, age and educational background groups.

Procedure

Participants are included in different research projects coordinated by the first author, sharing a common objective of the validation of HADS. They completed the questionnaire in the years 2002/2003, with the exception of the obesity group, which completed the questionnaire in 2004. All patients performed the Mini Mental Test in order to identify possible cognitive impairments. Only if they did not present possible cognitive impairments were they able to participate in the study. All participants filled in an informed consent form and satisfied all the procedures, in accordance with the Helsinki Declaration, Portuguese law and hospital rules.

Results

Considering a cut-off threshold of 11 for depression and anxiety, we identify the percentage of cases of anxiety and depression by disease presented in Table II.

Especially high numbers were found for the group of depressed patients as was expected. High numbers were found for anxiety in cancer, stroke and obesity patients. In general, the values for anxiety are higher than for depression (with exception for depressive patients) and this is the usual pattern in research (Anderson, Kaldø-Sandström, Ström, & Strömberg,

Table II. Percentage of subjects with a score above 11, by disease.

	Anxiety (%)	Depression (%)
Without disease	9.1	0
Cancer	23.5	11.2
Stroke	35.1	22.5
Epilepsy	14.1	7.1
Diabetes	16.8	6.6
Coronary disease	16.4	6.2
Obesity	31.9	10.1
Sleep apnoea	9.7	4
Depression	45	55
Myotonic dystrophy	16.7	11.1

2003; Constantini et al., 1999; Johnston et al., 2000; Martin, Lewin, & Thompson, 2003; Martin & Thompson, 2000; Osborne, Elsworth, Sprangers, Oort, & Hopper, 2004). This pattern is in accordance with theory in the sense that the anxiety state seems to be a more appropriate response to the existence of a stressing disease. In contrast with the anxiety trait, which reflects the existence of stable individual differences in the tendency to respond with an anxiety state in the anticipation of threatening situations, the anxiety state is defined as an unpleasant emotional arousal in the face of threatening demands or dangers, such as having a disease. It is considered a normal part of life, and is associated with the ability to predict, prepare for and adapt to change, and creating physiological changes that enable a person to effectively respond to a threat like a diagnosis of disease.

For cancer patients, Love et al. (2002) found a different pattern, with a large amount of cancer patients in the depression group. The difference might be because the women in the Love et al. study were in the initial stages of disease and in our study they have had the disease identified for longer and therefore have experienced an adjustment period to the diagnosis.

Reliability

Cronbach's alpha was performed to identify the internal consistency of the two scales (depression and anxiety). For anxiety, a Cronbach alpha of .76 was found with the correlation items scale corrected for overlap between .43 and .57 and with the majority of correlation in the range .50–.59. An exception is item 11 with a low correlation of .24, also found in other studies (Montezzeri, Vahdaninia, Ebrahimi & Jarvandi, 2003; Muszbek et al., 2005).

For depression, a Cronbach alpha of .81 was found with the correlation item scale corrected for overlap between .37 and .64 and with the majority of correlations in range .60–.69. A correlation of .37 was found for item 8, which was also found in other studies (Botega et al., 1995). Cronbach alpha values are similar to those described in a review of international studies by Bjelland et al. (2002) from .76 to .93 for anxiety and .67 to .90 for depression.

Test–retest

In order to inspect test–retest correlations, we used two patient groups: one of diabetic patients and another of coronary heart disease patients with different time intervals, to verify if HADS is a state or trait measure.

Test–retest for 35 members of the diabetic patients group, aged between 15 and 53 years ($M = 26.14$; $DP = 7.74$); 40% males; 60% single and 40% married; with school levels between 6 and 18 years ($M = 12.37$; $DP = 3.00$), with an interval of 1 week, shows a Pearson correlation of .75 for anxiety and .75 for depression. Test–retest for 192 coronary heart disease patients, with a 3-month interval, demonstrates a correlation of .46 for anxiety and .43 for depression. These results suggest that the scales measure a state as it is expected.

Factorial validity

The manual and the authors do not refer to the factorial analysis method used to identify the factorial structure of the scale. Bjelland (2002) indicated that most studies used principal component analysis. Herrman (1997) indicated that oblique rotation was more adequate than orthogonal because it recognized an overlap between the two factors. Martin and Thompson (2000) used a maximum-likelihood factor extraction. We performed exploratory factor analysis to identify the number of factors and the magnitude of the factorial loading, using a principal component analysis

oblimin rotation method with Kaiser Normalization for the total sample of patients ($n = 1322$). We found a two-factor solution explaining 46.63% of total variance; values similar to those reported by Herrmann (1997). Table III shows the structured matrix. The first is the depression factor and the second the anxiety factor as found in Herrman (1997) and Bjelland et al. (2002). Based on the factorial solution, we found discriminant values with a difference greater than 20 points between items and the factor to which they belong, versus the same items and the factor, to which they do not belong, for the majority of the items. An exception was found for item 7 in the anxiety scale, which was usual in many studies (Friedman, Samuelian, Lancrenon, Even, & Chiarelli, 2001; Herrman, 1997; Johnston et al., 2000; Mykletun, Stordal, & Dahl, 2001; Martin & Thompson, 2000), and a low loading for item 8 similarly to other studies (Flint & Rifat, 2002; Herrman, 1997; Johnston et al., 2000, Lloyd-Williams, Friedman, & Rudd, 2001). A large group of items show a great factorial weight (above .40) on the factor to which they do not belong; mainly those from the anxiety scale. The depression dimension is a more pure measure in the sense that items that constitute the scale do not load on the anxiety factor.

Confirmatory factor analysis

Confirmatory factor analysis (CFA) using EQS V6.1 (Bentler & Wu, 1995) was used to test the two-factor hypothesized model. As there was evidence of multivariate non-normality in the data (Mardia=30.88), the Robust Maximum Likelihood estimation method was used. This has been found to control effectively for overestimation of w^2 , under-estimation of adjunct fit indexes and under-identification of errors (Hu & Bentler, 1995).

The first fit index used was the Robust Comparative Fit Index (RCFI). The RCFI evaluates the adequacy of the hypothesized model in relation to the worst (independent) model. If the hypothesized model is not a significant improvement on the independent

Table III. Exploratory factor analysis.

Item	Component of structure matrix	
	Depression	Anxiety
1	0.44	0.68
2	0.76	
3		0.72
4	0.79	
5	0.42	0.65
6	0.75	0.43
7	0.53	0.45
8	0.45	
9	0.43	0.70

10	0.62	
11		0.45
12	0.74	
13	0.42	0.73
14	0.63	

We display all factorial loadings above 0.40.

model, the fit indices will be close to zero (Bentler, 1995). According to Bentler and Bonett (1980), when the Goodness-of-Fit and Adjusted Goodness-of-Fit Indexes are greater than .90, the analyses indicate adequate fit of the models. Hu and Bentler (1999) refers values of .95 or higher. The second fit index was the Root Mean Square Error of Approximation (RMSEA; Steiger, 1990) where a value of .05 or lower indicates a good fit and values up to .08 indicate an acceptable fit (Browne and Cudeck, 1993). The RMSEA has been described as “one of the most informative criteria in structural equation modeling” (Byrne, 1989, p. 112.)

In our study, CFA results for the two-factor solution, $w^2(76) = .334$.90; RCFI = .95; RMSEA = .05 (95% confidence interval = .046–.057) showed that fit indices for the two factor solution are good. These values are similar to those found by Martin et al. (2003).

Comparison between groups

A comparison between disease and non-disease groups was performed with ANOVA.

In simple one-way between-subjects ANOVA, problems created by unequal group sizes are relatively minor. However, as group sizes become more discrepant, the assumption of homogeneity of variance is more important, explains Tabachnick and Fidell (1996). These authors explain that in non-experimental work unequal n often reflects the nature of the population. Inspection of homogeneity of variances with the Levene test examines the assumption that variance of the samples is homogeneous. For anxiety, the assumption is accepted, but not for depression ($p = .001$).

An ANOVA comparison for anxiety between groups was performed. Statistically significant differences were found for anxiety between disease groups ($F(9,1303) = 9.83$, $p = .0001$). An ANOVA comparison for depression between groups was performed with Tamhane's T2 correction for variances not assumed equal. Statistically significant differences were found for depression between disease groups ($F(9,1304) = 24.55$, $p = .0001$). Table IV shows the means for anxiety and depression by disease groups.

Results for depression show higher mean values for depressive patients, followed by stroke and obesity patient groups, and low mean values for the no-disease, obstructive sleep apnoea and epilepsy patient groups. Results show higher mean levels of anxiety for depression, cancer and obesity patient groups and low mean levels for obstructive sleep apnoea, myotonic dystrophy patients and no disease groups. Values for depression are lower than

Table IV. Anxiety and depression means by disease group.

Anxiety		Depression	
Disease group	M	Disease group	M
No disease	7.81	No disease	3.22
Cancer	9.18	Cancer	5.89
Stroke	10.53	Stroke	9.18
Epilepsy	8.59	Epilepsy	5.18
Diabetes	8.18	Diabetes	5.46
Cardiac coronary disease	8.41	Cardiac coronary disease	5.53
Obesity	10.52	Obesity	7.28
Obstructive sleep apnoea	6.87	Obstructive sleep apnoea	3.83
Depression	11.00	Depression	12.90
Myotonic dystrophy	7.27	Myotonic dystrophy	7.22

levels for anxiety in all groups except for depressive patients; these results match the content validity of the scale.

Correlation between scales

The correlation between anxiety and depression is, in general, high. Lovibond and Lovibond (1995) explain that depression and anxiety are quite distinct, but the clinical overlap between the two conditions has long attracted both clinicians and researchers with self-report anxiety and depression scales typically correlated between .40 and .70 across a wide range of patient and non-patient samples. Anxiety scales frequently correlate as highly with depression scales as with other anxiety scales, and depression scales show an equal lack of specificity. This is an important issue in the distinction of the two constructs, which is why it is important to identify the correlation between the two constructs under investigation.

The correlation between depression and anxiety scales of the HADS in the present study shows an $r(1307) = .58$, $p < .0001$. It is a moderately high correlation, but lower than those reported by Herrmann (1997), and similar to the values reported by Bjelland et al. (2002). It is high enough to raise the question: can HADS still be used as a two-dimensional instrument?

Discussion

When someone has a diagnosis of disease, it is a normal reaction to experience changes in emotional state. If the emotional reaction, namely anxiety and depression, is high it can have a negative impact in the adjustment process and in the disease process (confuses the diagnosis, prolongs the recovery time, treatment adherence). The identification of the magnitude of the emotional reaction becomes important to organize the support to the patient. [Snaith \(2003\)](#) defend that there can be no doubt of the need to assess the role of emotional factors in clinical practice, and that HADS is adequate for that purpose. HADS is a brief, easy to use questionnaire provided for this purpose and its use with these patients could have considerable advantages over other established instruments. Many studies have confirmed the validity of the HADS in the setting for which it was designed and patients have no difficulty in understanding the reason for the request to answer the questionnaire.

The huge amount of studies reporting the use of the HADS show how necessary it is for health professionals to identify emotional factors in the health care system. Accurate identification of significant anxiety and depression as soon as possible following the contact with the health care system is essential, in order to facilitate delivery of an effective and comprehensive treatment package which takes into account psychological as well as disease symptoms in diseases constituting the principal causes of mortality and morbidity, such as cardiovascular disease (Barth & Martin, 2005; Bambauer et al., 2005; King et al., 2005), cancer (Hedstrom et al., 2005; Osborne et al., 2004; Skarstein et al., 2005) or diabetes (Gore et al., 2005; Vileikyte et al., 2005), among others.

Because of the high correlation between anxiety and depression scales, the question remains as to whether HADS should still be used as a two-dimensional tool or as a single measure of emotional distress, as Herrmann (1997) suggests. Mykletun et al. (2001) explain that several psychometric issues of the HADS need further clarification namely because different studies show a factorial structure with one, two or three factors. However, these authors, in a study with a very large sample, found support for the bidimensional factor structure of the HADS.

The present study uses a large sample of patients and compares them with a small sample of healthy people and depressive patients with the objective of identifying the sensibility of the HADS to anxiety and depression. As limitations of the study, we can identify the different numbers of individuals in the diverse diseases included in the sample—these make the computation slightly more difficult, but that is no real disaster, as Tabachnick and Fidell (1996) state. The different age and gender composition of the samples can be also a limitation, but the percentages represent the general distribution of patients by each disease. However, this is a group of patients representing different diseases and HADS is an instrument developed for what they share in their different diseases: the emotional reaction.

The findings from this study confirm that the Portuguese version of HADS is a reliable and valid instrument for assessing anxiety and depression in medical settings. The Portuguese version we present and discuss in the current study shows metric properties similar to the general studies in other languages. Results guarantee that this version can be used as a screening measure of anxiety and depression in disease populations.

References

- Anderson, G., Kaldo-Sandstrom, V., Strom, L., & Stromgren, S. (2003). Internet administration of the Hospital Anxiety and Depression Scale in a sample of tinnitus patients. *Journal of Psychosomatic Research*, 55, 259–262.
- Bambauer, K. Z., Locke, S. E., Aupont, O., Mullan, M. G., & McLaughlin, T. J. (2005). [Using the Hospital Anxiety and Depression Scale to screen for depression in cardiac patients. *General Hospital Psychiatry*, 27\(4\), 275–284.](#)
- Barth, J., & Martin, C. (2005). Factor structure of the Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS) in German coronary heart disease patients. *Health and Quality of Life Outcomes*, 3(15), 1–9.
- Bentler, P. M. (1995). EQS Structural equation program manual. Los Angeles, CA: BMDP Statistical Software.
- Bentler, P. M., & Bonett, D. G. (1980). Significance tests and goodness-of-fit in the analysis of covariance structures. *Psychological Bulletin*, 88, 588–606.
- Bentler, P. M. & Wu, E. J. C. (1995). EQS/Windows user's guide. Los Angeles, CA: BMDP Statistical Software.
- Bierman, E. J., Comijs, H. C., Jonker, C., & Beekman, A. T. (2005). Effects of anxiety versus depression on cognition in later life. *The American Journal of Geriatric Psychiatry*, 13(8), 686–693.
- Biringer, E., Mykletun, A., Dahl, A. A., Smith, A. D., Engedal, K., Nygaard, H. A., & Lund, A. (2005). The association between depression, anxiety, and cognitive function in the elderly general population—the Hordaland Health Study. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 20(10), 989–997.
- Bjelland, I., Dahl, A. A., Haug, T. T., & Neckelmann, D. (2002). The validity of the Hospital Anxiety and Depression Scale; An updated review. *Journal of Psychiatric Research*, 52, 69–77.
- Bonjardim, L. R., Gavião, M. B., Pereira, L. J., & Castelo, P. M. (2005). Anxiety and depression in adolescents and their relationship with signs and symptoms of temporomandibular disorders. *The International Journal of Prosthodontics*, 18(4), 347–352.

- Botega, N., Bio, M., Zomignani, M., Garcia, C., & Pereira, W. (1995). Transtornos de humor em enfermaria de clínica médica e validação de escala de medida (HADS) de ansiedade e depressão. *Revista de Saúde Pública*, 29(5), 355–363.
- Browne, M. W. & Cudeck, R. (1993). Alternative ways of assessing model fit. In: K. A. Bollen, J. S. Long, & C. A. Newbury (Eds.) *Testing structural equation models* (pp. 132–162). Newbury Park, CA: Sage.
- Byrne, B. M. (1989). *A primer of Lisrel: Basic applications programming for confirmatory factor analytic models*. New York: Springer-Verlag.
- Constantini, M., Musso, M., Viterbori, P., Bonci, F., Del Mastro, L., Garrone, O., Venturini, M., & Morasso, G. (1999). Detecting psychological distress in cancer patients: Validity of the Italian Version of the Hospital Anxiety and Depression Scale. *Support Care Cancer*, 7, 121–127.
- Cramer, J. A., Brandenburg, N., & Xu, X. (2005). Differentiating anxiety and depression symptoms in patients with partial epilepsy. *Epilepsy & Behavior*, 6(4), 563–569.
- Engum, A., Bjoro, T., Mykletun, A., & Dahl, A. A. (2005) Thyroid autoimmunity, depression and anxiety; are there any connections? An epidemiological study of a large population. *Journal of Psychosomatic Research*, 59(5), 263–268.
- Engum, A., Mykletun, A., Midthjell, K., Holen, A., & Dahl, A. A. (2005). Depression and diabetes: A large population-based study of sociodemographic, lifestyle, and clinical factors associated with depression in type 1 and type 2 diabetes. *Diabetes Care*, 28(8), 1904–1909.
- Flint, A., & Rifat, S. (2002). Factor Structure of the Hospital Anxiety and Depression Scale in older patients with major depression. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 17, 117–123.
- Friedman, S., Samuelian, J., Lancrenon, S., Even, C., & Chiarelli, P. (2001). Three-dimensional structure of the Hospital Anxiety and Depression Scale in large French primary care population suffering from major depression. *Psychiatry Research*, 104, 247–257.
- Gore, M., Brandenburg, N., Dukes, E., Hoffman, D. L., Tai, K. S., & Stacey, B. (2005). Pain Severity in diabetic peripheral neuropathy is associated with patient functioning, symptom levels of anxiety and depression, and sleep. *Journal of Pain and Symptom Management*, 30(4), 374–385.
- Hedstrom, M., Ljungman, G., & von Essen, L. (2005) Perceptions of distress among adolescents recently diagnosed with cancer. *Journal of Pediatric Hematology/Oncology*, 27(1), 15–22.
- Hammerling, A., Siedentopf, F., & Kentenich, H. (2005). Emotional impact and acceptability of medical abortion with mifepristone: A German experience. *Journal of Psychosomatic Obstetrics and Gynaecology*, 26(1), 23–31.
- Herrman, C. (1997). International experiences with the Hospital Anxiety and Depression Scale—A review of validation data and clinical results. *Journal of Psychosomatic Research*, 42(1), 17–41.
- Hu, L., & Bentler, P. M. (1999). Cutoff criteria for fit indexes in covariance structure analysis: Conventional criteria versus new alternatives. *Structural Equation Modeling*, 6, 1–55.
- Hyodo, I., Eguchi, K., Takigawa, N., Segawa, Y., Hosokawa, Y., Kamejiwa, K., & Inoue, R. (1999). Psychological impact of informed consent in hospitalised cancer patients: A sequential study of anxiety and depression using the Hospital Anxiety and Depression Scale. *Support Care Cancer*, 7, 396–399.
- Johnston, M., Pollard, B., & Hennessey, P. (2000). Construct validation of the Hospital Anxiety and Depression Scale with clinical populations. *Journal of Psychosomatic Research*, 48, 579–584.
- Juang, K.D., Wang, S.J., Lu, S.R., Lee, S.J., & Fuh, J.L. (2005). Hot flashes are associated with psychological symptoms of anxiety and depression in peri- and post- but not premenopausal women. *Maturitas*, 16, 52(2), 119–126.
- King, J. T. Jr, Kassam, A. B., Yonas, H., Horowitz, M. B., & Roberts, M. S. (2005). Mental health, anxiety, and depression in patients with cerebral aneurysms. *Journal of Neurosurgery*, 103(4), 636–641.
- Leung, C. M., Wing, Y. K., Kwong, P. K., Lo, A., & Shum, K. (1999). Validation of the Chinese-Cantonese version of the Hospital Anxiety and Depression Scale and comparison with the Hamilton Rating Scale of Depression. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 100(6), 456–461.
- Lloyd-Williams, M., Friedman, T., & Rudd, N. (2001). An analysis of the validity of the Hospital Anxiety and Depression Scale as a screening tool in patients with advanced metastatic cancer. *Journal of Pain and Symptom Management*, 22(6), 990–996.
- Love, A. W., Kissane, D. W., Bloch, S., & Clarke, D. S. (2002). Diagnostic efficiency of the Hospital Anxiety and Depression Scale in women with early stage breast cancer. *Australian New Zealand Journal of Psychiatry*, 6(2), 246–250.
- Lovibond, P. F., & Lovibond, S. H. (1995). The structure of negative emotional states: Comparison of the depression anxiety stress scales (DASS) with the Beck depression and anxiety inventories. *Behaviour Research and Therapy*, 33(3), 335–343.
- Martin, C. R., Lewin, R., & Thompson, D. R. (2003). A confirmatory factor analysis of the Hospital Anxiety and Depression Scale in coronary care patients following acute myocardial infarction. *Psychiatry Research*, 120, 85–94.
- Martin, C. R., & Thompson, D. R. (2000). A psychometric evaluation of the Hospital Anxiety and Depression Scale in coronary patients following acute myocardial infarction. *Psychology, Health & Medicine*, 5(2), 193–201.
- Matsushita, T., Matsushima, E., & Maruyama, M. (2005). Anxiety and depression of patients with digestive cancer. *Psychiatry and Clinical Neurosciences*, 59(5), 576–583.
- Montazeri, A., Vahdaninia, M., Ebrahimi, M., & Jarvandi, S. (2003). The Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS): Translation and validation study of the Iranian version. *Health and Quality of Life Outcomes*, 1, 14–19.
- Muluk, N. B., Oguzturk, O., Ekici, A., & Koc, C. (2005). Emotional effects of nasal packing measured by the Hospital Anxiety and Depression Scale in patients following nasal surgery. *The Journal of Otolaryngology*, 34(3), 172–177.
- Muszbek, K., Szekely, A., Balogh, E., Molnár, M., Rohácsky, M., Ruzsa, A., et al. (2005). Translation and validation of the Hungarian Hospital Anxiety and Depression Scale using a large cancer patient sample. <http://crl.ucsd.edu/~aszekely/psyoncologyres/webmanuscript.pdf>, accessed on 15 November 2005.
- Mykletun, A., Stordal, E., & Dahl, A. (2001). Hospital Anxiety and Depression (HAD) scale: Factor structure, item analyses and internal consistency in a large population. *British Journal of Psychiatry*, 179, 540–544.
- Mystakidou, K., Rosenfeld, B., Parpa, E., Katsouda, E., Tsilika, E., Galanos, A., & Vlahos, L. (2005). Desire for death near the end of life: The role of depression, anxiety and pain. *General Hospital Psychiatry*, 27(4), 258–262.

- Osborne, R., Elsworth, G., Sprangers, M., Oort, F., & Hopper, J. (2004). The value of the Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS) for comparing women with early onset breast cancer with population-based reference women. *Quality of Life Research*, 13, 191–206.
- Pochard, F., Darmon, M., Fassier, T., Bollaert, P. E., Cheval, C., Coloigner, M., et al.; French FAMIREA study group. (2005). Symptoms of anxiety and depression in family members of intensive care unit patients before discharge or death. A prospective multicenter study. *Journal of Critical Care*, 20(1), 90–96.
- Quinlivan, J. A., & Condon, J. (2005). Anxiety and depression in fathers in teenage pregnancy. *The Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 39(10), 915–920.
- Silva, I., Pais-Ribeiro, J., & Cardoso, H. (2005). Contributo para a adaptaco da Hospital Anxiety and Depression Scale a` populaco portuguesa com doenca crnica (submitted).
- Silverstone, P. (1994). Poor efficacy of the Hospital Anxiety and Depression Scale in the diagnosis of major depressive disorder in both medical and psychiatric patients. *Journal of Psychosomatic Research*, 38(5), 441–450.
- Skarstein, J., Bjelland, I., Dahl, A. A., Laading, J., & Fossa, S. D. (2005). Is there an association between haemoglobin, depression, and anxiety in cancer patients? *Journal of Psychosomatic Research*, 58(6), 477–483.
- Snaith, R. P. (2003). The Hospital Anxiety and Depression Scale. *Health and Quality of Life Outcomes*, <http://www.hqlo.com/content/1/1/29>, accessed on 28 May 2004.
- Snaith, R. P., & Zigmond, A. P. (1994). *The Hospital Anxiety and Depression Scale Manual*. Windsor: NFER-Nelson.
- Steiger, J. H. (1990). Structural model evaluation and modification: An interval estimation approach. *Multivariate Behavioral Research*, 25, 173–180.
- Stoffman, M. R., Roberts, M. S., & King, J. T. Jr. (2005). Cervical spondylotic myelopathy, depression, and anxiety: A cohort analysis of 89 patients. *Neurosurgery*, 57(2), 307–313.
- Tabachnick, B., & Fidell, L. (1996). *Using multivariate statistics* (3rd ed.). New York: Harper Collins College Publishers.
- Trappenburg, J. C., Troosters, T., Spruit, M. A., Vandebrouck, N., Decramer, M., & Gosselink, R. (2005). Psychosocial conditions do not affect short-term outcome of multidisciplinary rehabilitation in chronic obstructive pulmonary disease. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*, 86(9), 1788–1792.
- Tuohy, A., Knussen, C., & Wrennall, M. J. (2005). Effects of age on symptoms of anxiety and depression in a sample of retired police officers. *Psychology and Aging*, 20(2), 202–210.
- Vaeroy, H., Tanum, L., Bruaset, H., Morkrid, L., & Forre, O. (2005) Symptoms of depression and anxiety in functionally disabled rheumatic pain patients. *Nordic Journal of Psychiatry*, 59(2), 109–113.
- van der Lee, M. L., van der Bom, J. G., Swarte, N. B., Heintz, A. P., de Graeff, A., & van den Bout, J. (2005). Euthanasia and depression: A prospective cohort study among terminally ill cancer patients. *Journal of Clinical Oncology*, 23(27), 6607–6612.
- Vileikyte, L., Gonzalez, J. S., Peyrot, M., Rubin, R. R., Ulbrecht, J. S., Garrow, A., et al. (2005). Diabetic peripheral neuropathy and depressive symptoms: The association revisited. *Diabetes Care*, 28(10), 2378–2383.
- White, D., Leach, C., Sims, R., Atkinson, M., & Cottrell, D. (1999). Validation of the Hospital Anxiety and Depression Scale for use with adolescents. *The British Journal of Psychiatry*, 175, 452–454.
- Zigmond, A. P. & Snaith, R. P. (1983). The Hospital Anxiety and Depression Scale. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 67, 361–370.
- Zoger, S., Svedlund, J., & Holgers, K. M. (2004). The Hospital Anxiety and Depression Scale (HAD) as a screening instrument in tinnitus evaluation. *International Journal of Audiology*, 43(8), 458–464.

Appendix

ESCALA DE ANSIEDADE E DEPRESSÃO HOSPITALAR

Este questionário foi construído para ajudar a saber como se sente. Pedimos-lhe que leia cada uma das perguntas e faça uma cruz (X) no espaço anterior a` resposta que melhor descreve a forma como se tem sentido na última semana.

Não demore muito tempo a pensar nas respostas. A sua reacção imediata a cada questão será provavelmente mais correcta do que uma resposta muito ponderada. Por favor, faça apenas uma cruz em cada pergunta.

1. Sinto-me tenso/a ou nervoso/a:

- () Quase sempre
- () Muitas vezes
- () Por vezes
- () Nunca

2. Ainda sinto prazer nas coisas de que costumava gostar:

- () Tanto como antes

- ☐ Não tanto agora
- ☐ Só um pouco
- ☐ Quase nada

3. Tenho uma sensação de medo, como se algo terrível estivesse para acontecer:

- ☐ Sim e muito forte
- ☐ Sim, mas não muito forte
- ☐ Um pouco, mas não me aflige
- ☐ De modo algum

4. Sou capaz de rir e ver o lado divertido das coisas:

- ☐ Tanto como antes
- ☐ Não tanto como antes
- ☐ Muito menos agora
- ☐ Nunca

5. Tenho a cabeça cheia de preocupações:

- ☐ A maior parte do tempo
- ☐ Muitas vezes
- ☐ Por vezes
- ☐ Quase nunca

6. Sinto-me animado/a:

- ☐ Nunca
- ☐ Poucas vezes
- ☐ De vez em quando
- ☐ Quase sempre

7. Sou capaz de estar descontraidamente sentado/a e sentir-me relaxado/a:

- ☐ Quase sempre
- ☐ Muitas vezes
- ☐ Por vezes
- ☐ Nunca

8. Sinto-me mais lento/a, como se fizesse as coisas mais devagar:

- ☐ Quase sempre
- ☐ Muitas vezes
- ☐ Por vezes
- ☐ Nunca

9. Fico de tal forma apreensivo/a (com medo), que até sinto um aperto no estômago:

- ☐ Nunca
- ☐ Por vezes
- ☐ Muitas vezes
- ☐ Quase sempre

10. Perdi o interesse em cuidar do meu aspecto físico:
- ☐) Completamente
 - ☐) Não dou a atenção que devia
 - ☐) Talvez cuide menos que antes
 - ☐) Tenho o mesmo interesse de sempre
11. Sinto-me de tal forma inquieto/a que não consigo estar parado/a:
- ☐) Muito
 - ☐) Bastante
 - ☐) Não muito
 - ☐) Nada
12. Penso com prazer nas coisas que podem acontecer no futuro:
- ☐) Tanto como antes
 - ☐) Não tanto como antes
 - ☐) Bastante menos agora
 - ☐) Quase nunca
13. De repente, tenho sensações de pânico:
- ☐) Muitas vezes
 - ☐) Bastantes vezes
 - ☐) Por vezes
 - ☐) Nunca
14. Sou capaz de apreciar um bom livro ou um programa de rádio ou televisão:
- ☐) Muitas vezes
 - ☐) De vez em quando
 - ☐) Poucas vezes
 - ☐) Quase nunca

MUITO OBRIGADO PELA SUA COLABORAÇÃO.

ANEXO XV

Artigo “Anxiety and depression in Portuguese patients with
chronic obstructive pulmonary disease:
a multicentre cross-sectional study”

Anxiety and depression in Portuguese patients with chronic obstructive pulmonary disease: a multicentre cross-sectional study

Cristina Jácome, MSc,* Alda Marques, PhD,** Raquel Gabriel, MSc,*** Joana Cruz, MSc,**** Daniela Figueiredo, PhD*****

ABSTRACT

Objectives: To assess symptoms of anxiety and depression among Portuguese patients with chronic obstructive pulmonary disease (COPD) and associated predictive factors.

Study design: A multicentre, cross-sectional study.

Setting: Three primary care centres and one district hospital in the central region of Portugal.

Participants: 302 Portuguese outpatients with COPD.

Methods: Symptoms of anxiety and depression were assessed with the Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS). Scores ≥ 8 were considered clinically significant.

Results: This sample of patients had a mean age of 67 ± 12 years and 41% were female. COPD was graded as mild in 106 (35.1%), moderate in 106 (35.1%) and severe-to-very-severe 90 patients (29.8%). Clinically significant anxiety was found in 53.3% of patients and symptoms of depression in 45.4%. Symptoms of anxiety were associated with limitation of activities (OR 1.39, 95% CI 1.04-1.84), age (0.97, 95% CI 0.94-0.99) and female gender (OR 0.37; 95% CI 0.20-0.66). Symptoms of depression were associated with functional mobility (OR 1.91, 95% CI 1.38-2.66) and limitation of activities (OR 1.12, 95% CI 1.04-1.21). **Conclusions:** A high proportion of Portuguese patients with COPD experience symptoms of anxiety and depression. National pulmonary rehabilitation programmes might need to include collaborative self-management interventions to address patients' emotional needs.

Keywords: Chronic Obstructive Pulmonary Disease; Anxiety; Depression.

INTRODUCTION

Chronic obstructive pulmonary disease (COPD) affects 210 million people worldwide. It is projected to be the seventh leading cause of years lived with disability by 2030.^{1,2} In Portugal, the prevalence of COPD is 14.2% in the population above 45 years of age. It is estimated that 800,000 citizens live with COPD.³ COPD is characterised by persistent limitation of airflow that is usually progressive. Exacerbations and comorbidities can cause a highly incapacitating disease.⁴

Anxiety and depression are common symptoms in patients with COPD. This may have a detrimental effect on quality of life and well-being as these symptoms can affect emotional, social and physical functioning.⁵ There is a complex interaction between anxiety and breathlessness that often exists as a vicious cycle of worsening symptoms.⁶

In studies conducted in the United Kingdom, Denmark, Canada and New Zealand, 50% to 74% of patients with COPD presented symptoms of anxiety and 28% to 80% symptoms of depression.⁷⁻¹⁰ In recent systematic reviews, lower prevalences have been reported, with 10-55%¹¹ of patients showing symptoms of anxiety and 7-46%¹² depression. In Portugal, the prevalence of symptoms of anxiety and depression in patients with COPD is unknown. One retrospective study, of the impact of comorbidities in outcomes of respiratory rehabilitation, reported that 21.1% (n=24) of patients with COPD had anxiety or depression.¹³

The current study aimed to assess symptoms of anxiety and depression among Portuguese patients with COPD and to identify associated factors.

METHODS

Study design

A multicentre, cross-sectional study of Portuguese outpatients with COPD was conducted in the central region of Portugal between December 2010 and December 2012. The study received Institutional

Ethics Committee approval. The reporting of this study conforms to the STROBE statement.¹⁴

Participants

The sample was recruited from three primary care centres and one district hospital. The clinicians of these institutions identified patients for the study. They ensured that patients met the criteria for eligibility. Inclusion criteria included a diagnosis of COPD according to the Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease (GOLD) criteria,⁴ age ≥ 18 years old, the ability to understand the purpose of the study and to give voluntarily consent to participate. Exclusion criteria were the presence of severe psychiatric conditions or the inability to understand and co-operate.

Eligible patients were contacted by telephone. The researchers explained the purpose of the study and asked about their willingness to participate. If they agreed to participate, an appointment was scheduled at the patient's primary care clinic or hospital. Before data collection, more detailed information about the

*School of Health Sciences, University of Aveiro (ESSUA), Aveiro, Portugal

School of Health Sciences, University of Aveiro (ESSUA), Aveiro, Portugal. Unidade de Investigação e Formação sobre Adultos e Idosos (UNIFAI), Porto, Portugal *Department of Health Sciences, University of Aveiro (SACS), Aveiro, Portugal ****School of Health Sciences, University of Aveiro (ESSUA), Aveiro, Portugal. Department of Health Sciences, University of Aveiro (SACS), Aveiro, Portugal *****School of Health Sciences, University of Aveiro (ESSUA), Aveiro, Portugal. Unidade de Investigação e Formação sobre Adultos e Idosos (UNIFAI), Porto, Portugal

study was provided to the patient and written informed consent was obtained.

Data collection procedures

Socio-demographic data (age, gender, educational level, marital status and occupation) and clinical data (body mass index [BMI], comorbidities, medication) were recorded first. Lung function and functional mobility were then assessed. Lastly, limitation of activities resulting from breathlessness and symptoms of anxiety and depression were assessed.

Measures

Lung function

Spirometry, using a portable spirometer (MicroLab 3500, CareFusion, Kent, UK), was performed according to the American Thoracic Society/European Respiratory Society Task Force standards for lung function testing.¹⁵ The classification of the severity COPD was made in accordance with the GOLD criteria.⁴

Functional mobility

The Timed Up and Go (TUG) test was used as a test of functional mobility. This test is often used in patients with COPD.¹⁶⁻¹⁷ It requires the patient to rise from a standard chair, walk 3 meters, turn around, walk back to the chair, and sit down, after the command “go”.¹⁸ Patients were instructed to walk quickly, but as safely as possible. Two TUG tests were performed and the best performance was considered.

Limitation of activities resulting from breathlessness

The Modified British Medical Research Council questionnaire (mMRC) was used to assess symptoms in patients with COPD, as recommended by GOLD.⁴ Patients reported their limitation of activities resulting from breathlessness by selecting the statement that best described their limitation.¹⁹ The questionnaire comprises five grades (statements) on a scale from 0 to 4, with higher grades indicating greater perceived respiratory limitation.

Symptoms of anxiety and depression

The Portuguese version of the Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS) was used to assess symptoms of anxiety and depression.²⁰ This scale has been widely used in patients with COPD and has been reported in-

TABLE I. Socio-demographic and clinical characteristics of the participants (n=302)

Characteristics	
Age (years) M±SD	67 ± 12
Female n(%)	124 (41.1)
Educational level n(%)	
No education completed	32 (10.6)
Primary school	156 (51.6)
Secondary school	83 (27.5)
High school/University	31 (10.3)
Marital status, n(%)	
Married/Living as a couple	210 (69.5)
Widowed	52 (17.2)
Single	18 (6)
Separated/divorced	22 (7.3)
Current occupation n(%)	
Retired	220 (72.8)
Employed	58 (19.2)
Unemployed	24 (8)
BMI (kg/m ²) M±SD	27.8 ± 5.6
mMRC Md[IQR]	2 [1, 3]
FEV ₁ % predicted M±SD	62.4 ± 22.6
GOLD Classification n(%)	
Mild	106 (35.1)
Moderate	106 (35.1)
Severe-to-very-severe	90 (29.8)

Abbreviations: BMI=body mass index; FEV₁=forced expiratory volume in 1 second; GOLD=Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease; IQR=interquartile range; M=mean; Md=median; mMRC=Modified British Medical Research Council questionnaire.

ternationally as a valid and reliable instrument.²¹ The HADS contains 14 items. Seven items measure symptoms of anxiety (HADS-A) and 7 symptoms of depression (HADS-D).²² The presence of clinically significant symptoms of anxiety or depression was defined by a HADS-A/HADS-D score of ≥ 8.²¹ The severity of symptoms of anxiety or depression was categorised as mild (score 8-10), moderate (score 11-14) or severe (score 15-21).²⁰ Coefficients of

Cronbach's alpha found in the present study (0.78 for anxiety and 0.74 for depression) were similar to those reported by Pais-Ribeiro et al (0.76 and 0.81, respectively).²⁰

Statistical analysis

Descriptive statistics were used to describe the sociodemographic variables, clinical characteristics, and the HADS-A/HADS-D scores. As most of the previous studies of symptoms of anxiety and depression in COPD used "point prevalence", the frequency of symptoms of anxiety and depression (HADS-A/HADS-D \geq 8) was computed based on this estimation. This facilitated the discussion of results. Frequencies were presented together with the 95% confidence intervals. The severity of symptoms of anxiety and depression was categorised as 'mild' (HADS-A/HADS-D \geq 8 and \leq 10), 'moderate' (HADS-A/HADS-D \geq 11 and \leq 14) or 'severe' (HADS-A/HADS-D \geq 15 and \leq 21).²⁰ To explore associations between variables related to the presence of clinically significant symptoms of anxiety and depression, variables of patients with and without symptoms of anxiety and depression (HADS-A/HADS-D \geq 8 compared to HADS-A/HADS-D $<$ 8) were compared using independent t-tests for normally distributed data, Mann-Whitney Utests for non-normally distributed data and ordinal data, and Chi-square tests for categorical data. In the case of chi-square tests, when a statistically significant difference was found for a categorical variable with more than two categories, chi-square multiple comparison tests with Bonferroni correction were performed to explore which categories differed from each other. The variables that were statistically different ($p<0.05$) between the two groups were used to further explore their relationship with the severity of anxiety and depression and to perform two multivariate logistic regressions (Enter method). The dependent variable in each multivariate logistic regression was the presence of clinically significant symptoms of anxiety symptoms or depression (0 =

absent, 1 = present). Multiple logistic regression analysis was used for predictive purposes and to adjust for possible confounders.²³ The level of significance considered was 0.05. Statistical analyses were performed using IBM SPSS Statistics version 20.0 (IBM Corporation, Armonk, NY, USA).

RESULTS

Characteristics of participants

The total number of patients initially screened at the participating institutions was not possible to obtain due to the recruitment strategy. A total of 340 patients with COPD were approached by the research team for inclusion in the study, however 32 refused to participate due to personal reasons and 6 failed to attend the arranged meeting. The final sample comprised 302 patients with COPD (mean age 67 ± 12 years old; 41.1%female). The majority of participants had completed primary school ($n=156$; 51.6%) and were retired ($n=220$; 72.8%). The mean BMI was $27.8\pm5.6\text{kg/m}^2$ and the median mMRC grade was 2 ('I walk slower than people of the same age on the level because of the breathlessness', or 'I have to stop for breath when walking on my own pace on the level'). According to the GOLD criteria, 106 (35.1%) patients had mild, 106 (35.1%) moderate and 90 (29.8%) had severe-to-very-severe COPD. Table 1 shows the socio-demographic and clinical characteristics of the study participants.

Symptoms of anxiety and depression

The mean anxiety score was 8.1 ± 4.4 and the mean depression score was 7.3 ± 4 . A total of 161 (53.3%; 95% CI 48-58.9) patients had clinically significant symptoms of anxiety. Symptoms of anxiety were experienced mainly as 'mild' ($n=74$; 46%, 95%CI 38.5-53.4) or 'moderate' ($n=59$; 36.6%, 95%CI 29.2-44.7) with few 'severe' cases ($n=28$; 17.4%, 95%CI 11.8-23.6). Clinically significant symptoms of depression were present in 45.4% (95%CI 40.1-50.7, $n=137$) of patients. These symptoms were experienced as 'mild' in the majority of the sample ($n=74$; 54%, 95%

CI 46-62.8), but also 'moderate' (n=48; 35%, 95% CI 27-43.1) and a few 'severe' cases were found (n=15; 11%, 95%CI 5.8-16.1). A total of 99 (32.8%, 95%CI 27.5-38.1) patients had both symptoms of anxiety and depression.

Associations between anxiety and depression and socio-demographic characteristics

Symptoms of anxiety and depression were more frequent in female patients ($p<0.001$ and $p=0.044$) (table II). Symptoms of anxiety were also more frequent in younger patients ($p=0.008$) and unemployed patients ($p=0.002$). Symptoms of depression were more frequent in those with lower educational levels (no education completed, primary school and secondary school; $p<0.001$) (table II). Regarding the association of gender and severity of anxiety, it was found that the frequency of females with moderate and severe anxiety (66.1% and 67.9%, respectively) was significantly higher than females with mild anxiety (33.8%, $p<0.001$). No other statistically significant differences were found.

Relationship between symptoms of anxiety and depression and clinical characteristics

The frequency of symptoms of anxiety and depression was higher in patients with greater limitation of activities resulting from breathlessness (mMRC, $p=0.043$ and $p<0.001$) (table III). The frequency of symptoms of depression was also higher in patients with higher medication intake ($p=0.002$), advanced COPD ($p=0.036$) and lower functional mobility ($p<0.001$) (table III). Limitation of activities resulting from

breathlessness was higher in patients with moderate or severe anxiety (Median 2, Interquartile range [1,3]; 2[2,3]) and depression (3[2,3]; 3[1.5,3]) than in those with mild anxiety (2[1,2], $p=0.026$) and depression (2[1,3], $p=0.016$). No other statistically significant differences were observed regarding the severity of symptoms.

Predictors of anxiety and depression

Two multivariate logistic regressions were performed to identify the predictors of symptoms of anxiety and depression. Symptoms of anxiety were predicted by limitation of activities resulting from breathlessness (OR 1.39, 95%CI 1.04-1.84), age (0.97, 95%CI 0.94-0.99), and female gender (OR 0.37; 95%CI 0.20-0.66). Symptoms of depression were predicted by functional mobility (OR 1.91, 95%CI 1.38-2.66) and limitation of activities (OR 1.12, 95% CI 1.04-1.21). These logistic regression models predicted 13% of the total variance of anxiety and 22.4% of the total variance of symptoms of depression.

DISCUSSION

This study showed that a large proportion of Portuguese patients with COPD present symptoms of anxiety and depression. Limitation of activities resulting from breathlessness, female gender, age and functional mobility were predictors of these distressing symptoms.

More than half of patients had symptoms of anxiety (53.3%) and 45.4% had symptoms of depression. This

TABLE II. Socio-demographic characteristics of patients with and without symptoms of anxiety and depression						
Characteristics	Not anxious (n=141)	Anxious (n=161)	p-value	Not depressed (n=165)	Depressed (n=137)	p-value
Age (years) M±SD	68.9±12.4	65.2±11.5	0.008*	65.9±12.5	68.3±11.3	0.084*
Gender n(%)						
Female	41 (29.1)	83 (51.6)	<0.001 [†]	60 (36.4)	64 (46.7)	0.044 [†]
Male	100 (70.9)	78 (48.4)		105 (63.6)	73 (53.3)	
Educational level n(%) No education completed	12 (8.5)	20(12.4)	0.055 [†]	13 (7.9)	19 (13.9)	<0.001 [†]
Primary school	66 (46.8)	90(55.9)		73 (44.2)	83 (60.6)	
Secondary school	41 (29.1)	42(26.1)		55 (33.3)	28 (20.4)	
High school/University	22 (15.6)	9(5.6)		24 (14.6)	7 (5.1)	
Marital status, n (%)						
Married/Living as a couple	104 (73.7)	106(65.8)	0.086 [†]	114(69.1)	96 (70.1)	0.099 [†]
Widowed	17 (12.1)	35(21.8)		23 (13.9)	29 (21.2)	
Single	11 (7.8)	7(4.3)		12 (7.3)	6 (4.4)	
Separated/divorced	9 (6.4)	13(8.1)		16 (9.7)	6 (4.4)	
Current occupation n(%)						
Retired	109 (77.3)	111 (69)	0.002 [†]	115 (69.7)	105 (76.6)	0.083 [†]
Employed	29 (20.6)	29 (18)		39 (23.6)	19 (13.9)	
Unemployed	3 (2.1)	21 (13)		11 (6.7)	13 (9.5)	

*, independent t-tests; †, Chi-square tests.

TABLE III. Clinical characteristics of patients with and without symptoms of anxiety and depression						
Characteristics	Not anxious (n=141)	Anxious (n=161)	p-value	Not depressed (n=165)	Depressed (n=137)	p-value
Comorbidities Md[IQR]	2[1, 3]	2[1, 3]	0.655 [†]	2[1, 2]	2[1, 3]	0.075 [†]
Medications Md[IQR]	3[2, 5]	4 [2, 6]	0.091 [†]	3[2, 5]	4[2.75, 6]	0.002 [†]
GOLD Classification n(%)						
Mild	51 (36.2)	55 (34.2)	0.053 [†]	68 (41.2)	38 (27.7)	0.036 [†]
Moderate	43 (30.5)	63 (39.1)		56 (33.9)	50 (36.5)	
Severe/Very severe	47 (33.3)	43 (26.7)		41 (24.9)	49 (35.8)	

mMRC Md[IQR]	2[1, 2]	2[1, 3]	0.043 [‡]	1.5[1, 2]	2[1, 3]	<0.001 [‡]
Functional mobility M±SD	10.1±5.8	10.6±4.2	0.451 [*]	9.2±3.9	11.8±5.8	<0.001 [*]

^{*}, independent t-tests; [‡], Chi-square tests; [†], Mann-Whitney U-tests. Abbreviations: IQR=interquartile range; M=mean; Md=median; mMRC=Modified British Medical Research Council questionnaire.

is higher than the value reported by Carreiro (21.1%).¹³ The proportions found in the present study fall within the range of estimates found among patients with COPD in other countries.⁷⁻

¹² Comparisons need to be interpreted with caution as different instruments were used in other studies.

The presence of symptoms of both anxiety and depression was predicted by limitation of activities resulting from breathlessness. The severity of anxiety and depression was also related to the severity of breathlessness. Respiratory symptoms have been associated with patients' anxiety and depression.⁸ The frequency of symptoms of anxiety was similar in early and advanced COPD. The results strengthen previous findings stating that even at earlier stages of the disease, the uncertain and unpredictable nature of the symptoms and acute exacerbations have an impact of on patients' emotional well-being.²⁴

Anxiety was also predicted by female gender and age. Female gender was related to higher emotional distress, consistent with previously published results.²⁵⁻²⁶ This may reflect the gender differences already found in the general population.²⁷ A higher frequency of symptoms of anxiety was found in younger and unemployed patients, which has been found previously.^{25-26,28} These findings are relevant for

clinical practice. It can be hypothesised that older patients interpret the occurrence of an illness as an expected late-life stressor.²⁸⁻²⁹ Low educational levels were associated with a higher frequency of depression. This was expected since having a high educational level has been shown to be an important contributor to enhanced personal internal resources.³⁰

Regarding symptoms of depression, the severity of COPD had a different role. More advanced disease was associated with a higher frequency of symptoms of depression. This might be explained by the role of physical functioning on symptoms of depression.³¹⁻³² Patients with advanced COPD experience more physical disability. This was confirmed by the logistic regression analysis, which identified patients' functional mobility as a predictor of clinically significant symptoms of depression.

These findings suggest that many patients with COPD suffer from symptoms of anxiety and depression and thus interventions are needed to promote a healthy adjustment to the disease. Pulmonary rehabilitation programmes are recommended to improve the physical and psychological condition of patients with COPD.³³⁻

³⁴ According to recent international guidelines, these programmes should include exercise training,

education and behavioural change through collaborative self-management interventions.³³ In COPD and other chronic diseases, there is evidence that these interventions have a significant positive effect on patients' emotional function.³⁵⁻³⁸ In Portugal, pulmonary rehabilitation programmes are scarce and typically combine exercise training with education.³⁹⁻⁴⁰ Patients' emotional needs are not often directly addressed. It would be logical to complement national programmes with collaborative self-management interventions, since they may increase instrumental and emotional coping abilities to allow patients to manage the demands of the disease. Collaborative self-management interventions place patients and health professionals in partnership to enhance patients' self-efficacy and self-management abilities.³³ It remains to be determined if involving the family caregiver in this partnership brings additional benefits to patients.

This study has some limitations. Possible sources of bias were the recruitment strategy using clinicians in the institutions involved and the fact that the sample was recruited from only the central region of Portugal. Future studies containing a larger sample and including patients with COPD from other regions of the country would be more representative of the Portuguese population with COPD. A control group of healthy individuals with similar socio-demographic characteristics should also be included in further research to increase the validity of these findings. The use of HADS to assess symptoms of anxiety and depression may have introduced a bias in the study since some authors have recently emphasised that the assumed bi-dimensionality of the HADS may not be appropriate.⁴¹⁻⁴² However, this instrument was used as a screening tool for symptoms of anxiety and depression and not as an instrument for diagnosis of clinical anxiety or depression. The HADS has shown to be a reliable instrument internationally for measuring

emotional distress of patients with COPD. This study focused on the presence of clinically significant symptoms of anxiety and depression (i.e., HADS-A/HADS-D \geq 8). It may be interesting to explore the absolute scores of HADS-A and HADS-D and derive predictive equations. Another limitation of the present study is related to its cross-sectional nature. The frequency of distressing symptoms and the relationships with associated factors could not be established along the progression of the disease. Longitudinal studies following a cohort of patients with COPD would address this issue and identify other predictors of symptoms of anxiety and depression. For instance, the predictive value of alexithymia could be investigated. Recent research found a strong association between this condition and distressing symptoms in patients with COPD.⁴³

CONCLUSION

A large proportion of Portuguese patients with COPD experience symptoms of anxiety and depression. Limitation of activities resulting from breathlessness, female gender, age, and functional mobility were predictors of these distressing symptoms. To address patients' emotional needs, national pulmonary rehabilitation programmes should include a collaborative self-management component. Future research could explore the effects of involving family caregivers in these interventions on beneficial outcomes for patients.

ACKNOWLEDGEMENTS

The authors would like to acknowledge all institutions and patients involved for their participation in this research.

REFERENCES

1. World Health Organization. Global surveillance, prevention and control of chronic respiratory diseases: a comprehensive approach. Geneva: WHO; 2007. ISBN 9789241563468
2. Mathers CD, Loncar D. Projections of global mortality and burden of disease from 2002 to 2030. *PLoS Med.* 2006;3(11):2011-30.
3. Observatório Nacional das Doenças Respiratórias. Prevenir a doença, acompanhar e reabilitar o doente: relatório de 2013. Lisboa: ONDR; 2013.

4. Vestbo J, Hurd SS, Agustí AG, Jones PW, Vogelmeier C, Anzueto A, et al. Global strategy for the diagnosis, management, and prevention of chronic obstructive pulmonary disease. *Am J Respir Crit Care Med*. 2013;187(4):347-65.
5. Wouters EF, Celis MP, Breyer MK, Rutten EP, Graat-Verboom L, Spruit MA. Co-morbid manifestations in COPD. *Respir Med: COPD Update*. 2007;3(4):135-51.
6. Willgoss TG, Yohannes AM, Goldbart J, Fatoye F. "Everything was spiraling out of control": experiences of anxiety in people with chronic obstructive pulmonary disease. *Heart Lung*. 2012;41(6):562-71.
7. Stage KB, Middelboe T, Pisinger C. Measurement of depression in patients with chronic obstructive pulmonary disease (COPD). *Nord J Psychiatry*. 2003;57(4):297-301.
8. Yohannes AM, Willgoss TG, Baldwin RC, Connolly MJ. Depression and anxiety in chronic heart failure and chronic obstructive pulmonary disease: prevalence, relevance, clinical implications and management principles. *Int J Geriatr Psychiatry*. 2010;25(12):1209-21.
9. Lacasse Y, Rousseau L, Maltais F. Prevalence of depressive symptoms and depression in patients with severe oxygen-dependent chronic obstructive pulmonary disease. *J Cardiopulm Rehabil*. 2001;21(2):80-6.
10. Dowson C, Laing R, Barraclough R, Town I, Mulder R, Norris K, et al. The use of the Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS) in patients with chronic obstructive pulmonary disease: a pilot study. *N Z Med J*. 2001;114(1141):447-9.
11. Willgoss TG, Yohannes AM. Anxiety disorders in patients with COPD: a systematic review. *Respir Care*. 2013;58(5):858-66.
12. Zhang MW, Ho RC, Cheung MW, Fu E, Mak A. Prevalence of depressive symptoms in patients with chronic obstructive pulmonary disease: a systematic review, meta-analysis and meta-regression. *Gen Hosp Psychiatry*. 2011;33(3):217-23.
13. Carreiro A, Santos J, Rodrigues F. Impacto das comorbilidades num programa de reabilitação respiratória em doentes com doença pulmonar obstrutiva crónica [Impact of comorbidities in pulmonary rehabilitation outcomes in patients with COPD]. *Rev Port Pneumol*. 2013;19(3):106-13. Portuguese
14. von Elm E, Altman DG, Egger M, Pocock SJ, Gøtzsche PC, Vandenbroucke JP. The Strengthening the Reporting of Observational Studies in Epidemiology (STROBE) Statement: guidelines for reporting observational studies. *J Clin Epidemiol*. 2008;61(4):344-9.
15. Miller MR, Hankinson J, Brusasco V, Burgos F, Casaburi R, Coates A, et al. Standardisation of spirometry. *Eur Respir J*. 2005;26(2):319-38.
16. Beauchamp MK, O'Hoski S, Goldstein RS, Brooks D. Effect of pulmonary rehabilitation on balance in persons with chronic obstructive pulmonary disease. *Arch Phys Med Rehabil*. 2010;91(9):1460-5.
17. Jácome C, Cruz J, Gabriel R, Figueiredo D, Marques A. Functional balance in older adults with COPD. *J Aging Phys Act*. 2014;22(3):357-63.
18. Podsiadlo D, Richardson S. The timed "Up & Go": a test of basic functional mobility for frail elderly persons. *J Am Geriatr Soc*. 1991;39(2):142-8.
19. Doherty DE, Belfer MH, Brunton SA, Fromer L, Morris CM, Snader TC. Chronic obstructive pulmonary disease: consensus recommendations for early diagnosis and treatment. *J Fam Pract*. 2006;55 Suppl 1:S1-8.
20. Pais-Ribeiro J, Silva I, Ferreira T, Martins A, Meneses R, Baltar M. Validation study of a Portuguese version of the Hospital Anxiety and Depression Scale. *Psychol Health Med*. 2007;12(2):225-35.
21. Bjelland I, Dahl AA, Haug TT, Neckelmann D. The validity of the Hospital Anxiety and Depression Scale: an updated literature review. *J Psychosom Res*. 2002;52(2):69-77.
22. Zigmond AS, Snaith RP. The hospital anxiety and depression scale. *Acta Psychiatr Scand*. 1983;67(6):361-70.
23. McIlroy SP, Dynan KB, Lawson JT, Patterson CC, Passmore AP. Moderately elevated plasma homocysteine, methylenetetrahydrofolate reductase genotype, and risk for stroke, vascular dementia, and Alzheimer disease in Northern Ireland. *Stroke*. 2002;33(10):2351-6.
24. Boyle AH. An integrative review of the impact of COPD on families. *South Online J Nurs Res*. 2009;9(3):1-12.
25. Karakurt P, Ünsal A. Fatigue, anxiety and depression levels, activities of daily living of patients with chronic obstructive pulmonary disease. *Int J Nurs Pract*. 2013;19(2):221-31.
26. Lee H, Yoon JY, Kim I, Jeong YH. The effects of personal resources and coping strategies on depression and anxiety in patients with chronic obstructive pulmonary disease. *Heart Lung*. 2013;42(6):473-9.
27. Altemus M. Sex differences in depression and anxiety disorders: potential biological determinants. *Horm Behav*. 2006;50(4):534-8.
28. Cleland JA, Lee AJ, Hall S. Associations of depression and anxiety with gender, age, health-related quality of life and symptoms in primary care COPD patients. *Fam Pract*. 2007;24(3):217-23.
29. Balcells E, Gea J, Ferrer J, Serra I, Orozco-Levi M, de Batlle J, et al. Factors affecting the relationship between psychological status and quality of life in COPD patients. *Health Qual Life Outcomes*. 2010;8(1):108.
30. Drageset S, Lindström TC. Coping with a possible breast cancer diagnosis: demographic factors and social support. *J Adv Nurs*. 2005;51(3):217-26.
31. Lazarus RS, Folkman S. Stress, appraisal, and coping. New York: Springer; 1984. ISBN 9780826141927
32. Ng TP, Niti M, Fones C, Yap KB, Tan WC. Co-morbid association of depression and COPD: a population-based study. *Respir Med*. 2009;103(6):895-901.
33. Spruit MA, Singh SJ, Garvey C, ZuWallack R, Nici L, Rochester C, et al. An official American Thoracic Society/European Respiratory Society Statement: key concepts and advances in pulmonary rehabilitation. *Am J Respir Crit Care Med*. 2013;188(8):e13-e64.
34. Paz-Díaz H, Montes de Oca M, López JM, Celli BR. Pulmonary rehabilitation improves depression, anxiety, dyspnea and health status in patients with COPD. *Am J Phys Med Rehabil*. 2007;86(1):30-6.
35. Coventry PA, Bower P, Keyworth C, Kenning C, Knopp J, Garrett C, et al. The effect of complex interventions on depression and anxiety in chronic obstructive pulmonary disease: systematic review and metaanalysis. *PLoS ONE*. 2013;8(4):e60532.
36. Adams SG, Smith PK, Allan PF, Anzueto A, Pugh JA, Cornell JE. Systematic review of the chronic care model in chronic obstructive pulmonary disease prevention and management. *Arch Intern Med*. 2007;167(6):551-61.

37. Okamura H, Fukui S, Nagasaka Y, Koike M, Uchitomi Y. Psychoeducational intervention for patients with primary breast cancer and patient satisfaction with information: an exploratory analysis. *Breast Cancer Res Treat.* 2003;80(3):331-8.
38. Sharif F, Mohebbi S, Tabatabaee HR, Saberi-Firoozi M, Gholamzadeh S. Effects of psycho-educational intervention on health-related quality of life (QOL) of patients with chronic liver disease referring to Shiraz University of Medical Sciences. *Health Qual Life Outcomes.* 2005;3(1):81.
39. Simão P, Almeida P. Reabilitação respiratória: uma estratégia para a sua implementação. *Rev Port Pneumol.* 2009;XV Suppl 1:S93-S118.
40. Direcção-Geral da Saúde. Orientações técnicas sobre reabilitação respiratória na doença pulmonar obstrutiva crónica (DPOC): circular informativa nº 40/DSPCD, de 27/10/09. Lisboa: DGS; 2009.
41. Cosco TD, Doyle F, Ward M, McGee H. Latent structure of the Hospital Anxiety and Depression Scale: a 10-year systematic review. *J Psychosom Res.* 2012;72(3):180-4.
42. Herrmann C. International experiences with the Hospital Anxiety and Depression Scale: a review of validation data and clinical results. *J Psychosom Res.* 1997;42(1):17-41.
43. Tselebis A, Kosmas E, Bratis D, Moussas G, Karkanias A, Ilias I, et al. Prevalence of alexithymia and its association with anxiety and depression in a sample of Greek chronic obstructive pulmonary disease (COPD) outpatients. *Ann Gen Psychiatry.* 2010;9:16.

DECLARATION OF INTEREST

This work was supported by Portuguese National Funds through FCT - Foundation for Science and Technology [grant number RIPD/CIF/109502/2009].

The authors report no conflict of interest.

CORRESPONDING AUTHOR

Alda Marques

School of Health Sciences, University of Aveiro

Campus Universitário de Santiago - Agrad do Crasto, Edifício 30

3810-193 Aveiro, Portugal

Email: amarques@ua.pt

Recebido em 11-08-2014 Aceite para publicação em 10-12-2014

RESUMO

ANSIEDADE E DEPRESSÃO EM PACIENTES PORTUGUESES COM DOENÇA PULMONAR OBSTRUTIVA CRÓNICA: UM ESTUDO MULTICÊNTRICO, TRANSVERSAL

Objetivos: Avaliar sintomas de ansiedade e depressão em pacientes Portugueses com doença pulmonar obstrutiva crónica (DPOC) e fatores preditores associados.

Tipo de estudo: Estudo multicêntrico, transversal.

Local: Três centros de saúde e um hospital distrital da região centro de Portugal.

População: 302 pacientes com DPOC.

Métodos: Os sintomas de ansiedade e depressão foram avaliados através da Escala de Ansiedade e Depressão (HADS). Pontuações ≥ 8 foram consideradas clinicamente significativas.

Resultados: Esta amostra de pacientes tinham em média de 67 ± 12 anos de idade e 41,1% era do género feminino. A DPOC era de grau ligeiro em 106 (35,1%) pacientes, moderado em 106 (35,1%) e grave-a-muito-grave em 90 (29,8%). Sintomas de ansiedade clinicamente significativos estavam presentes em 53,3% dos pacientes e sintomas de depressão em 45,4%. Os sintomas de ansiedade estavam associados a limitação nas atividades (OR 1,39, 95% CI 1,04-1,84), idade (0,97, 95% CI 0,94-0,99) e género feminino (OR 0,37; 95% CI 0,20-0,66). Os sintomas de depressão estavam associados à mobilidade funcional (OR 1,91, 95% CI 1,38-2,66) e a limitação nas atividades (OR 1,12, 95% CI 1,04-1,21).

Conclusão: Uma elevada proporção de pacientes com DPOC experiencia sintomas de ansiedade e depressão. Os programas nacionais de reabilitação respiratória deveriam incluir intervenções colaborativas de autogestão que respondam a estas necessidades emocionais.

Palavras-chave: Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica; Ansiedade; Depressão.

ANEXO XVI

HADS - Escala de Ansiedade e Depressão Hospitalar

HADS: Escala de Ansiedade e Depressão

Nome:..... Data: / /

Os médicos reconhecem que as emoções desempenham um papel importante na maioria das doenças. Se o seu médico souber o que sente, poderá ajudá-lo mais.

Este questionário está concebido de modo a auxiliar o seu médico a saber como você se sente. Desconsidere os números impressos ao lado das perguntas. Leia todas as frases e **sublinhe** a resposta que corresponde melhor ao que tem sentido **na ÚLTIMA SEMANA**:

Não demore muito tempo a pensar nas respostas: a sua reacção imediata a cada frase será provavelmente mais exacta do que uma resposta muito reflectida.

A		Sinto-me tenso ou contraído:	Sinto-me parado:		D
3		A maior parte do tempo	Quase sempre		3
2		Muitas vezes	Com muita frequência		2
1		De vez em quando, ocasionalmente	Algumas vezes		1
0		Nunca	Nunca		0
	D	Ainda tenho prazer nas mesmas coisas que anteriormente:	Fico tão assustado que até sinto um aperto no estômago:	A	
	0	Tanto como antes	Nunca	0	
	1	Não tanto	De vez em quando	1	
	2	Só um pouco	Muitas vezes	2	
	3	Quase nada	Quase sempre	3	
A		Tenho uma sensação de medo como se algo de mau estivesse para acontecer:	Perdi o interesse em cuidar do meu aspecto:		D
3		Nitidamente e muito forte	Com certeza		3
2		Sim, mas não muito forte	Não tenho tanto cuidado como devia		2
1		Um pouco, mas não me incomoda	Talvez não tanto como antes		1
0		De modo algum	Tanto como habitualmente		0
	D	Sou capaz de rir e de me divertir com as coisas engraçadas:	Sinto-me impaciente e não consigo estar parado:	A	
	0	Tanto como habitualmente	Muito	3	
	1	Não tanto como antes	Bastante	2	
	2	Nitidamente menos agora	Um pouco	1	
	3	Nunca	Nada	0	
A		Tenho a cabeça cheia de preocupações:	Penso com prazer no que tenho a fazer:		D
3		A maior parte do tempo	Tanto como habitualmente		0
2		Muitas vezes	Menos que anteriormente		1
1		De vez em quando	Bastante menos que anteriormente		2
0		Raramente	Quase nunca		3
	D	Sinto-me bem disposto:	De repente, tenho sensações de pânico:	A	
	3	Nunca	Com grande frequência	3	
	2	Poucas vezes	Bastantes vezes	2	
	1	Bastantes vezes	Algumas vezes	1	
	0	Quase sempre	Nunca	0	

A		Sou capaz de me sentar à vontade e sentir-me relaxado:	Sinto-me capaz de apreciar um bom livro ou um programa de rádio ou TV:		D
0		Sempre	Frequentemente		0
1		Habitualmente	Algumas vezes		1
2		Algumas Vezes	Poucas vezes		2
3		Nunca	Muito raramente		3

Fonte: Direção Geral de Saúde. (2009). Orientações Técnicas sobre Reabilitação Respiratória na Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica. Circular Informativa 40ª/DSPCD.

ANEXO XVII

Registo de Enfermagem de Reabilitação – Internamento URR

Registo de Enfermagem de Reabilitação – Internamento URR

Registo de Enfermagem de Reabilitação

IDENTIFICAÇÃO DOENTE

Serviço _____ Cama _____ Folha nº _____

Diagnóstico Clínico _____

Diagnóstico de Enfermagem de Reabilitação _____

Limitações ao Programa Reabilitação Respiratória _____

DATA																		
Estado consciência	Consciente, Orientado, Prostrado, Estuporado, Confuso, Agitado, Sedado/curarizado, Colaborante, Não Colaborante																	
	Sinais Vitais	Pulso (p.p.m.)																
Frequência Respiratória (c.p.m.)																		
Tax(°)																		
Tensão Arterial (mmHg)																		
Dor – Localização (VAS)																		
Oximetria(%)																		
Padrão Respiratório	Ventilação (Espontânea, VMI, VNI)																	
	Simetria Torácica																	
	Torácica, Abdomino-Diafragmática, Mista, Tiragem-intercostal/ supra-clavicular, Adejo nasal																	
	Ritmo (Regular, Irregular)																	
	Amplitude (Normal, Diminuída, Aumentada)																	
Dispneia		Escala de Borg modificada/ VAS																
Imagiologia		RX / TAC /...																
Auscultação	Murmúrio Vesicular (Mantido, Diminuído Ausente)	1/3 sup																
		1/3 méd																
		1/3 inf																
	Ruidos Adventícios (Roncos, Sibilos, Fervores, Crepitações, Atritos Pleurais)	1/3 sup																
		1/3 méd																
		1/3 inf																
Dispositivos Técnicos		Flutter, Espirómetro de Incentivo, Cough Assist																

SERVIÇO DE PNEUMOLOGIA

1 / 2



ANEXO XVIII

Registo de Enfermagem de Reabilitação – Ambulatório URR

Registo de Enfermagem de Reabilitação – Ambulatório URR

Nome:			
Idade:	Diagnóstico:	Nº Processo:	
Reeducação Funcional Respiratória		REGISTO DE ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO RESPIRATÓRIA	
Limitações aos exercícios:		Data	
Aerosoloterapia:	Combivent Flumicil Atrovent Atmosfera Húmida		
Oxigenoterapia (L/m)			
Saturação O ₂ inicial		Saturação O ₂ final	
Frequência cardíaca inicial		Frequência cardíaca final	
Posição de descanso e relaxamento		Consciencialização e controlo da respiração	
Reeducação Abdomino- diafragmática	Posterior c/ resistência	s/ resistência	
	Anterior c/ resistência	s/ resistência	
	Selectiva- Hemicúpula esquerda		
	Selectiva- Hemicúpula direita		
	Global		
Reeducação Costal	Global com bastão	Global sem bastão	
	Selectivo esq. com abdução MS		
	Antero-lateral esq. c/ resistência	s/ resistência	
	Postero lateral esq. c/ resistência	s/ resistência	
	Selectivo dto. com abdução MS		
	Antero-lateral dto. c/ resistência	s/ resistência	
	Postero lateral dto. c/ resistência	s/ resistência	
Manobras acessórias:		Percussões Vibrações Compressões	
Drenagem Postural Clássica/ Modificada	Lobo Superior	S. Apicais (Sentado)	
		S. Anterior (DD+ almofada na popliteia)	
		S. Posterior esq. (SVD, elevação tronco a 30 cm)	
		S. Posterior dto. (SVE)	
	Lobo Médio/ Lingula	L. Médio (SDE+ pés elevados a 35 cm)	
		Lingula (SDD+ pés elevados a 35 cm)	
	Lobo Inferior	S. Anteriores (DD+ almofada popliteia+ pés elevados a 45 cm)	
		S. Int. dto. e Ext. esq. (LD+ pés elevados a 45 cm)	
		S. Externo dto. (LE+ pés elevados a 45 cm)	
		S. Apicais (DV+ almofadas: abdómen e pés)	
	S. Posterior (DV+ almofada abdómen+ pés elevados a 45 cm)		
CATR (RA - ER - HUFF - TEF)			
Tosse	Dirigida; Assistida; C/ Contenção		
	Eficaz; Ineficaz; Aspiração de Secreções		
Secreções	Quantidade - Abundantes; Moderadas; Escassas		
	Viscosidade - Fluidas; Espessas		
Características		Mucosas; Muco-Purulentas; Purulentas; Amareladas; Hemáticas; Rosadas	
Assinatura			

APÊNDICE I

Projeto de Estágio

Mestrado em Enfermagem
Área de Especialização de Enfermagem de
Reabilitação

Trabalho de Projeto

A Intervenção do Enfermeiro Especialista em
Enfermagem de Reabilitação na capacitação da pessoa
com DPOC para a gestão do regime terapêutico

Luciana Patrícia Meirinhos Pires Rodrigues

Lisboa

2016



Mestrado em Enfermagem
Área de Especialização de Enfermagem de
Reabilitação

Trabalho de Projeto

A Intervenção do Enfermeiro Especialista em
Enfermagem de Reabilitação na capacitação da pessoa
com DPOC para a gestão do regime terapêutico

Luciana Patrícia Meirinhos Pires Rodrigues

Orientador: Prof. Joaquim Paulo Cabral de Oliveira

Lisboa

2016

A decorative graphic in the bottom right corner consisting of several overlapping, curved green shapes that resemble stylized waves or a modern logo element.

Abreviaturas e Siglas

AAT - Alfa1-antitripsina

ACES – Agrupamento de Centros de Saúde

AVD's – Atividades de Vida Diária

CIF – Classificação Internacional da Funcionalidade, Incapacidade e Saúde

CIPE® – Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem

DPOC – Doença Pulmonar Crónica Obstrutiva

ESEL – Escola Superior de Saúde de Lisboa

EEER – Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação

ECCI – Equipas de Cuidados Continuados Integrados

EESMP – Enfermeiro Especialista em saúde Mental e Psiquiatria

FEV1 – Vólum expiratório forçado no 1º segundo

FVC – Capacidade vital forçada

GOLD - Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease

HCL – Hospital Central de Lisboa

ICN - International Council of Nurses

ONDR - Observatório Nacional das Doenças Respiratórias

OMS – Organização Mundial de saúde

OE – Ordem dos Enfermeiros

Sras. - Senhoras

UCC – Unidade de Cuidados Comunitários

URR – Unidade de Reabilitação Respiratória

ÍNDICE

1. IDENTIFICAÇÃO DO PROJETO	5
1.1. Título.....	5
1.2. Palavras-chave	5
1.3. Data de início	5
1.4. Duração	5
 2. INSTITUIÇÕES ENVOLVIDAS	 6
 3. COMPONENTE CIENTÍFICA E FORMATIVA	 7
3.1. Sumário	7
3.2. Enquadramento do tema	9
3.2.1. A pessoa em situação de DPOC	9
3.2.2. Impacto na Pessoa, Família e Sociedade	12
3.2.3. Utilização do quadro de referência de Dorothea Orem	15
3.2.4. A função do Enfermeiro de Reabilitação	18
3.3. Plano de Trabalho e Métodos.....	19
3.3.1. Problema Geral e Problemas Parcelares	19
3.3.2. Objetivo geral e Objetivos específicos.....	20
3.3.3. Fundamentação da escolha dos locais de Estágio	21
3.3.4. Descrição das tarefas e Resultados esperados	22
 CONSIDERAÇÕES FINAIS	 23

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

APÊNDICES

Apêndice 1- Planeamento de atividades

Apêndice 2- Cronograma

1. IDENTIFICAÇÃO DO PROJETO

1.1. Título

“A intervenção do enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação na capacitação da pessoa com DPOC para a gestão do regime terapêutico”

1.2. Palavras-Chave

Enfermagem; Cuidados de enfermagem; Reabilitação; DPOC; capacitação; adesão; gestão do regime terapêutico.

1.3. Data de Início

- ACES Lisboa Norte – UCC de 26.09.2016 a 25.11.2016
- Hospital Central de Lisboa – Unidade de Reabilitação Respiratória de 28.11.2016 a 10.02.2017

1.4. Duração

18 Semanas

2. INSTITUIÇÕES ENVOLVIDAS

- ACES Lisboa Norte – UCC
- Hospital Central de Lisboa – Unidade de Reabilitação Respiratória

3. COMPONENTE CIENTÍFICA E FORMATIVA

3.1. Sumário

O presente Trabalho de Projeto foi proposto no âmbito da Unidade Curricular Opção II, do 7º Curso de Mestrado em Enfermagem, na Área de Especialização de Enfermagem de Reabilitação, com a finalidade de planificar intervenções de Enfermagem que permitam o desenvolvimento de competências gerais de Enfermeira Especialista e, competências específicas de Enfermeira Especialista em Enfermagem de Reabilitação (EEER) ao longo do Ensino Clínico.

A DPOC é a patologia respiratória escolhida como tema central deste projeto, por observar na minha prática profissional, que se trata de uma comorbidade cada vez mais frequente.

A DPOC é a quarta principal causa de morte no mundo, representando um importante desafio de saúde pública. É uma doença prevenível e tratável, causada por danos persistentes nos pulmões, associados a uma resposta inflamatória crónica das vias aéreas, causados por uma prolongada exposição a substâncias nocivas, nomeadamente o tabaco (Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease, 2016).

A adesão ao regime terapêutico emerge como uma necessidade urgente no controlo da doença e na melhoria da qualidade de vida.

Compete ao enfermeiro promover a adesão ao regime terapêutico, capacitando a pessoa para a auto-gestão da sua doença. A ausência de competências cognitivas e instrumentais influencia negativamente a capacidade da pessoa em se adaptar à condição de saúde e implementar comportamentos tendentes a diminuir a sintomatologia ou a alterar/manter o estado de saúde (Padilha, Oliveira & Campos, 2010).

A questão da adesão é reconhecida como multifatorial e complexa. É elevado o número de fatores de adesão/não-adesão, destacando-se fatores individuais e ambientais. As consequências da não-adesão têm repercussões na estabilização da doença e na qualidade de vida da pessoa, justificando, assim, um maior investimento nas medidas de promoção da adesão ao regime terapêutico, reduzindo barreiras e obstáculos geradores de incumprimento do regime terapêutico (Ordem dos Enfermeiros, 2009).

O enfermeiro desenvolve, em conjunto com a pessoa e cuidador principal, planos de gestão do regime terapêutico, cabendo-lhe a identificação das dificuldades e constrangimentos que possam constituir barreira à não-adesão. Planeia estratégias para melhorar a adesão, ajuda a integrar os diferentes aspetos do regime terapêutico, constituindo a pessoa e cuidador como parceiros e recurso.

A minha principal motivação para desenvolver este tema é conseguir que cada pessoa com DPOC conheça a sua doença, adira e seja autónoma na gestão do regime terapêutico, para que saiba lidar com a possível exacerbação de sintomas, prevenindo reinternamentos e melhorando a qualidade de vida.

Perante a filosofia dos cuidados de enfermagem de reabilitação, pretendo com este projeto adquirir e colocar em prática as competências gerais e específicas do EEER necessárias para *analisar, suprimir, atenuar, ajudar a ultrapassar os obstáculos* geradores de incapacidade (Hesbeen, 2010:52).

Para a construção do resumo do estado da arte, foi realizada uma pesquisa bibliográfica na plataforma EBSCOhost, nas bases de dados CINAHL *plus with full text*, MEDLINE *with full text*, Academic Search Complete, Business Source Complete, Cochrane Central Register of Controlled Trials, Cochrane Database of Systematic Reviews, Cochrane Methodology Register, Database of Abstracts of Reviews of Effects, ERIC, Health Technology Assessments, Library, Information Science & Technology Abstracts, MedicLatina, NHS Economic Evaluation Database, Psychology and Behavioral Sciences Collection, Regional Business News, SPORTDiscus with Full Text, com a expressão de pesquisa [AB (Nursing AND care) AND AB COPD] com intervalo de tempo entre 2006 e 2016. Foram encontrados 98 artigos, dos quais foram selecionados 12. Após leitura dos resumos com interesse para o estado de arte, foi realizada uma súmula, que está expressa no ponto relativo à Revisão Crítica da Literatura. Foram, igualmente, consultados livros científicos e relatórios nacionais e internacionais.

Vou estruturar o meu pensamento e propor o planeamento de atividades tendo como fundamento conceptual o quadro de referência de Dorothea Orem.

3.2. Enquadramento do tema

3.2.1. A pessoa em situação de DPOC

As doenças respiratórias, como a DPOC, afetam por ano, centenas de milhões de pessoas, e fazem mais de quatro milhões de vítimas, prejudicando a saúde e o bem-estar das pessoas, tendo um impacto negativo na pessoa, família e sociedade.

As mulheres e as crianças são especialmente vulneráveis, sobretudo em países de baixos e médios rendimentos, onde estão expostas à poluição derivada da utilização de combustíveis sólidos para cozinhar e aquecimento.

Nos países de altos rendimentos, o principal fator de risco é o tabaco. Nestes países, a taxa de mulheres e jovens fumadores continua a aumentar. (Organização Mundial de Saúde, 2007).

No mundo, 210 milhões de pessoas sofrem de DPOC. Estima-se que em 2030 a DPOC se torne a 3ª causa de morte em todo o mundo (Programa Nacional para as Doenças Respiratórias, 2012).

Em Portugal, as doenças respiratórias são a 3ª causa de mortalidade e a 5ª causa de internamentos hospitalares (Observatório Nacional das Doenças Respiratórias, 2016).

De acordo com o Programa Nacional para as Doenças Respiratórias (2012), estas atingem cerca de 40% da população portuguesa, calculando-se uma prevalência de 14,2% para a DPOC em pessoas com mais de 40 anos.

- Fisiopatologia, complicações e tratamento

O Programa Nacional de Prevenção e Controlo da Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica caracteriza a DPOC como *uma limitação do débito aéreo que não é totalmente reversível*. (Programa Nacional de Prevenção e Controlo da Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica, 2004:6). *A limitação ventilatória é, geralmente, progressiva e está associada a uma resposta inflamatória anómala dos pulmões à inalação de partículas ou gases nocivos*. Monahan, Sands, Neighbors, Marek & Green (2007:691) acrescentam que *a DPOC é uma doença crónica, de evolução lenta, caracterizada por fases estáveis*

frequentemente interrompidas pelo agravamento dos sintomas e designadas por exacerbações agudas.

A DPOC apresenta duas variáveis fisiopatológicas. São elas, o enfisema (destruição do parênquima pulmonar) e a bronquite aguda (inflamação das vias aéreas centrais). A limitação do fluxo de ar expiratório é a consequência funcional destas anomalias.

A inflamação do aparelho respiratório que ocorre na DPOC deve-se a uma modificação da resposta inflamatória normal do sistema respiratório a agentes irritantes como o tabaco. O mecanismo de amplificação da resposta inflamatória ainda não é totalmente conhecido, mas pode ser influenciado geneticamente (GOLD, 2016).

Atualmente, a única doença genética identificada que pode causar DPOC é o déficit de alfa1-antitripsina, uma enzima que, normalmente, impede a perda das fibras elásticas dos pulmões. A AAT é uma proteína sérica produzida pelo fígado que se encontra nos pulmões. A sua função é proteger os pulmões da elastase (Monahan *et al*, 2007). A elastase é uma proteinase libertada durante o processo proteolítico derivado do aumento dos macrófagos nas paredes das vias aéreas e no parênquima pulmonar das pessoas que desenvolvem DPOC. A elastase tem como alvo a elastina, componente essencial das paredes alveolares. Na sua ausência, a elastase contribui para a destruição do parênquima pulmonar, causando alterações estruturais graves (Cordeiro & Menoita, 2012).

A exagerada resposta inflamatória dos pulmões a partículas tóxicas desencadeia várias alterações anatomopatológicas, entre as quais obstrução das vias aéreas, destruição do parênquima pulmonar e *cor pulmonale* (insuficiência cardíaca direita) (Cordeiro & Menoita, 2012). Estas alterações aumentam com a evolução da doença.

As pequenas vias aéreas estão em constante regeneração, tornando as suas paredes espessadas. Estas alterações diminuem a capacidade das vias aéreas permanecerem abertas durante a expiração. O fluxo aéreo expiratório é limitado pelo precoce encerramento das vias aéreas, promovendo uma maior resistência das mesmas, com consequente aumento do tempo expiratório (Cordeiro & Menoita, 2012).

A progressiva obstrução das pequenas vias aéreas durante a expiração resulta em hiperinsuflação pulmonar.

A hiperinsuflação pulmonar reduz a capacidade inspiratória de tal forma que a capacidade funcional residual aumenta, particularmente durante o exercício (hiperinsuflação dinâmica), resultando no aumento da dispneia e limitação da tolerância ao esforço (GOLD, 2016).

Estes factos contribuem para a diminuição da força contráctil dos músculos respiratórios, consequentemente alterações na mecânica diafragmática. As hemicúpulas diafragmáticas tornam-se retilíneas, restringindo a excursão diafragmática. O diafragma trabalha com aumento da carga mecânica derivado da limitação do fluxo aéreo e das mudanças geométricas do tórax (GOLD, 2016; Cordeiro & Menoita, 2012).

O parênquima pulmonar também sofre alterações, nomeadamente, destruição dos septos alveolares, com ou sem fibrose, e redução da retração elástica, resultando em limitação do fluxo aéreo.

A extensão da inflamação, a fibrose das pequenas vias aéreas e do parênquima pulmonar correlacionam-se com a diminuição do Volume Expiratório Forçado no 1º segundo (FEV1), bem como o ratio FEV1/FVC (Capacidade Vital Forçada) (GOLD, 2016).

A *cor pulmonale* desenvolve-se tardiamente no decorrer da evolução da DPOC, devido ao aumento da resistência vascular pulmonar provocada pela acidose respiratória e hipoxemia, que aumenta a pressão no lado direito do coração (Monahan *et al*, 2007).

O sintoma mais evidente da DPOC é a dispneia, que progride insidiosamente ao longo dos anos. Surge inicialmente no esforço e nas agudizações. A tosse crónica, normalmente, precede o desenvolvimento da limitação do fluxo aéreo expiratório durante muitos anos (Cordeiro & Menoita, 2012).

Outro sintoma observável é a expectoração purulenta, que traduz o aumento de mediadores inflamatórios. Esta pode aumentar nos episódios de exacerbação (Cordeiro & Menoita, 2012). Nem todas as pessoas com DPOC apresentam hipersecreção brônquica.

A pieira é outro sintoma que pode surgir por curtos períodos ao longo do dia.

Os sintomas são geralmente observáveis na quinta década de vida. As pessoas vão diminuindo inconscientemente as suas AVD's de forma a adaptarem-se às mesmas. Só por volta dos 60-70 anos, ocorre dispneia de esforço (Monahan *et al*, 2007).

Monahan *et al* refere que

a observação física no início da doença pode revelar apenas expiração lenta e sibilos na expiração forçada. À medida que avança a obstrução, a hiperinsuflação torna-se evidente e o diâmetro antero-posterior do tórax aumenta. O diafragma torna-se limitado em termos de movimento. Os sons respiratórios estão diminuídos, a expiração é prolongada e os sons cardíacos estão frequentemente distantes. Na auscultação podem ouvir-se ferveores nas bases pulmonares. Muitas vezes, podem ouvir-se sibilos na expiração forçada (Monahan *et al*, 2007:695).

O tabagismo é claramente o principal fator causal para o desenvolvimento de DPOC. Os fumadores têm maior prevalência de sintomatologia respiratória e anormalidades da função pulmonar, bem como maior taxa de mortalidade do que os não-fumadores (GOLD, 2016).

A exposição ativa e/ou passiva ao fumo do tabaco, ambientes fechados pobremente ventilados, poluição atmosférica e ambiental (emissão de fumo por veículos motorizados, combustão de petróleo, fogueiras a céu aberto, incêndios) e outros tipos de tabaco (cachimbo, charuto, marijuana), aumentam a prevalência de desenvolvimento de doença respiratória (GOLD, 2016).

Diversos estudos referem outros fatores de risco tais como, idade, infeções recorrentes, baixo nível socioeconómico, asma. Contudo, a sua evidência é inconclusiva.

3.2.2. Impacto na Pessoa, Família e Sociedade

Em 2014, a DPOC foi a 2ª causa de internamento por doença respiratória, com 8.118 internamentos. Comparativamente com 2005, significa um decréscimo de 30,5%. Também neste período, os óbitos diminuíram em 45,5%.

Estes dados estatísticos são indicadores da eficácia da resposta do SNS a estes doentes, controlados maioritariamente em ambulatório (ONDR, 2016).

De acordo com o 11º Relatório do ONDR, a maioria dos doentes internados por DPOC são do sexo masculino com 64,1% dos internamentos em 2014. Contudo, a doença tende a aumentar no sexo feminino.

As taxas de prevalência de internamentos variam de Região para Região. São mais elevadas nas Regiões Norte e Centro e mais baixas no Alentejo.

Quanto à taxa de mortalidade, verificam-se taxas mais altas no Algarve e ilhas. Na Área Metropolitana de Lisboa, as taxas são mais baixas.

Os fatores que poderão estar na origem destas diferenças são provavelmente a acessibilidade aos cuidados de saúde, que varia de local para local.

Muitos destes doentes têm limitações funcionais que poderiam ser ultrapassadas com um Programa de Reabilitação. Contudo, o ONDR estima que apenas 0,1% destes doentes tenham acesso a reabilitação respiratória.

O atual cenário de crise económica mundial é promotor de um aumento das doenças respiratórias crónicas. As pessoas com baixo nível económico são as que têm maior risco de desenvolver doenças respiratórias. São, também, o grupo com maior probabilidade de morte prematura, devido à maior exposição a riscos e à dificuldade de acesso aos serviços de saúde (OMS, 2007).

A DPOC tem um impacto direto na qualidade de vida das pessoas. Quando não controlada, torna-se uma doença incapacitante a vários níveis, interferindo no poder económico e nas oportunidades de emprego. Este impacto negativo traduz-se na redução de rendimentos, ausência de salários dos prestadores de cuidados; perda de bens materiais para fazer face a custos diretos e despesas imprevisíveis; perda de oportunidades para os familiares mais jovens que abandonam a escola para cuidarem dos adultos doentes (OMS, 2007).

A agudização dos sintomas, os tratamentos complexos, a perda de independência e as dificuldades de relacionamento, financeiras e profissionais geram ansiedade e *stress* à pessoa com DPOC. A dificuldade cada vez maior em realizar as AVD's recorda aos doentes a sua incapacidade crescente para o autocuidado, afetando a qualidade de vida.

O controlo dos sintomas é um objetivo essencial do programa de reabilitação. Quando os sintomas físicos, nomeadamente, dispneia e fadiga, se

agravam, podem provocar alterações funcionais, com vários graus de incapacidade. Os doentes sentem maior dificuldade em desempenhar as AVD's, tarefas domésticas e profissionais. (Esmond, 2005).

Daqui surge a necessidade da adesão ao regime terapêutico com o intuito de controlar os sintomas, prevenir agudizações e auto-gerir a doença, com vista à manutenção da capacidade para realizar as AVD'S, diminuindo a ansiedade e o *stress* e melhorando a qualidade de vida.

O International Council of Nurses define *adesão* como *a medida em que o comportamento de uma pessoa – tomar a medicação, seguir uma dieta e/ou executar alterações ao estilo de vida, corresponde às recomendações acordadas de um prestador de cuidados de saúde* (ICN, 2009:1).

A adesão ao regime terapêutico engloba não só o cumprimento da prescrição farmacológica, como também a aquisição de comportamentos promotores de saúde. Para tal, o enfermeiro deve compreender de que forma o regime terapêutico se relaciona com a vida da pessoa e cuidador.

Alguns das atividades indicativas de adesão ao regime terapêutico por parte da pessoa com DPOC incluem: a toma correta dos medicamentos; marcação de consultas de cuidados de saúde e comparência às mesmas; mudanças no estilo de vida, incluindo na dieta, exercício, cessação tabágica e gestão do *stress*, bem como a auto-gestão de outros comportamentos que melhoram a saúde e os resultados dos cuidados (OE, 2009).

A taxa de adesão ao regime terapêutico, nos países desenvolvidos, ronda os 50%, sendo esta percentagem menor nos países sub-desenvolvidos, devido aos fracos recursos de saúde e desigualdades no acesso aos cuidados de saúde (OE, 2009).

A não-adesão ao regime terapêutico aumenta as taxas de morbilidade e mortalidade, reduz a qualidade de vida, aumenta o risco de desenvolvimento de complicações médicas e psicológicas, aumento a probabilidade de desenvolvimento de resistência aos fármacos, gera desperdício de recursos de cuidados de saúde e compromete os esforços dos profissionais de saúde na melhoria da saúde das populações (ICN, 2009).

A adesão está relacionada com a segurança do doente, com a melhoria na efetividade das intervenções, ganhos em saúde, melhoria da qualidade de

vida e esperança média de vida das pessoas, bem como diminuição de custos com cuidados (ICN, 2009).

Para que a pessoa e cuidador adiram ao regime terapêutico é necessária capacitá-la e torná-la autónoma na sua gestão.

A Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde descreve *capacidade* como *a aptidão de um indivíduo para executar uma tarefa ou uma acção* (Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde, 2004:17). Assim, capacitar a pessoa para aderir ao regime terapêutico, trata-se de lhe fornecer os pilares essenciais ao desenvolvimento das aptidões necessárias para gerir corretamente o seu regime terapêutico.

Capacitar significa tornar a pessoa autónoma. A autonomia é um direito da pessoa, caracterizada pela Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE® 2) como *status de autogovernança e auto-orientação* (CIPE, 2011:41).

A família e/ou cuidador principal desempenha um importante papel na capacitação da pessoa com DPOC *participando, encorajando, mantendo uma atitude positiva e proporcionando o necessário feedback positivo*. (Esmond, 2005:120). Deve ser envolvida no programa de reabilitação e nas tomadas de decisão. Constitui um recurso fundamental para a promoção do autocuidado e a aquisição da autonomia necessárias à adesão e gestão do regime terapêutico.

O autocuidado relaciona-se com o conceito de auto-gestão, na medida em que esta competência é utilizada pelas pessoas na tentativa consciente de alcançarem o controlo da sua doença, em vez de serem controladas por ela (Galvão & Janeiro, 2013). Estes dois conceitos serão abordados com maior ênfase seguidamente.

3.2.3. Utilização do quadro de referência de Dorothea Orem

Escolhi a Teoria Geral de Enfermagem de Dorothea Orem para nortear o meu pensamento e a minha prática de cuidados, por ser aquela em que me baseio para a minha *práxis* quer a nível académico quer profissional e por trabalhar conceitos que se adequam ao tema deste projeto, particularmente a autonomia e o autocuidado.

Esta teoria tem como conceito base o autocuidado, que Orem define como *o cuidado pessoal diário requerido pelos indivíduos para regularem o seu próprio funcionamento e desenvolvimento* (Orem, 1993:4).

Padilha (2013) refere que para Orem, o autocuidado não é uma ação inata. É uma ação adquirida e interiorizada pela pessoa no seu contexto social e cultural, ao longo do seu desenvolvimento, cuja finalidade é manter a vida, a saúde e o bem-estar, a partir da ação do próprio, ou através dos outros quando em situação de incapacidade parcial ou total.

Assim, esta teoria defende que os cuidados de enfermagem visam ajudar a pessoa a ultrapassar as suas limitações parciais ou totais no autocuidado.

A Teoria Geral de Enfermagem de Orem é composta por três teorias inter-relacionadas: Teoria do Autocuidado, Teoria do Défice de Autocuidado e Teoria dos Sistemas de Enfermagem.

Na Teoria do Autocuidado, é definido o conceito de autocuidado e quais os requisitos para o autocuidado: requisitos universais, de desenvolvimento e por desvio de saúde (Cunha, Cardoso & Oliveira, 2005). Esta teoria baseia-se na premissa que o indivíduo desenvolve e implementa um conjunto de ações em benefício próprio, dirigidas ao controlo de fatores internos e/ou externos, cuja finalidade é preservar a vida e a saúde (Padilha, 2013).

A Teoria do Défice de Autocuidado é o cerne da Teoria Geral de Enfermagem de Orem, visto que determina a necessidade da intervenção de enfermagem quando a pessoa é incapaz ou está limitado na satisfação do autocuidado (Cunha *et al*, 2005).

A Teoria dos Sistemas de Enfermagem unifica as restantes teorias, ou seja, é o conjunto de ações de planeamento e execução, que visam o cuidado ao indivíduo com diferentes graus de dependência e a promoção do seu autocuidado (Cunha *et al*, 2005).

Orem classificou os sistemas de enfermagem em três:

-*Sistema totalmente compensatório*: a pessoa necessita que o enfermeiro o substitua na ação de autocuidado;

-*Sistema parcialmente compensatório*: a pessoa é capaz de assegurar algumas ações de autocuidado, contudo necessita que o enfermeiro o ajude naquilo que ele não é capaz de realizar;

-Sistema de apoio educativo e de desenvolvimento: a pessoa mantém a capacidade de desempenhar todas as ações de autocuidado mas necessita da ajuda do enfermeiro para a orientar, supervisionar e otimizar a ação de autocuidado.

A progressão da DPOC tem efeitos locais e sistêmicos que reduzem a energia disponível para a concretização de atividades de autocuidado. Como consequência, geram-se défices de autocuidado, que o enfermeiro pode compensar pelas suas ações.

À luz da Teoria de Orem, a progressão da DPOC, pode ser concetualizada como um desvio de saúde, que apela à necessidade de desenvolvimento de estratégias de redução de energia para a concretização de atividades de autocuidado e, o estabelecimento de um regime terapêutico para controlar a progressão da doença. Este regime terapêutico deve englobar um regime farmacológico e um regime não farmacológico. Este último abrange atividades direcionadas para controlar a evolução da doença e preservar a autonomia no autocuidado (Padilha, 2013).

Através do *sistema de apoio educativo e de desenvolvimento*, o enfermeiro, em parceria com a pessoa/família, implementará ações de autocuidado que promovam o desenvolvimento de capacidades e conhecimentos que visem tomadas de decisão informadas relativamente à doença.

A auto-gestão do regime terapêutico faz parte das ações de autocuidado. Trata-se de um processo dinâmico e contínuo de implementação de mudanças comportamentais, que desenvolvem a capacidade da pessoa autocontrolar os sintomas, as consequências físicas, emocionais e sociais da doença e o regime de tratamento.

Padilha afirma que *a gestão eficaz do regime terapêutico envolve a capacidade de automonitorizar a condição de saúde, viabilizando, desta forma, a implementação de respostas cognitivas, comportamentais e emocionais necessárias à preservação da autonomia e da qualidade de vida* (Padilha, 2013:51).

A escolha deste modelo conceptual torna-se pertinente na medida em que, para promover a capacitação da pessoa com DPOC para a gestão do seu

regime terapêutico, é necessário consciencializá-la para a perda da capacidade de se autocuidar aquando da evolução da doença. Cabe ao enfermeiro tornar a pessoa num agente ativo, autónomo e responsável pela gestão do seu regime terapêutico, apoiando-o e fornecendo-lhe todas as bases, conhecimentos e estratégias necessárias.

3.2.4. A função do Enfermeiro de Reabilitação

A Reabilitação é uma especialidade multidisciplinar, que tem como alvo a pessoa com necessidades especiais ao longo do ciclo vital. A sua missão é o diagnóstico e a intervenção precoce, a promoção da qualidade de vida, a maximização da funcionalidade, o autocuidado e a prevenção de complicações evitando as incapacidades ou minimizando as mesmas (Regulamento dos padrões de qualidade dos cuidados especializados em enfermagem de reabilitação, 2011).

Hesbeen define Reabilitação *como a ciência e a arte da gestão dos obstáculos potencialmente geradores de desvantagem* (Hesbeen, 2010:52). Assim, cabe ao EEER conceber, implementar, monitorizar e avaliar planos de cuidados de Enfermagem de Reabilitação diferenciados (Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação, 2011).

A Reabilitação Respiratória tem como objetivos reduzir sintomas, diminuir a deficiência, aumentar a participação da pessoa nas atividades físicas e sociais, e melhorar globalmente a qualidade de vida da pessoa com doença respiratória crónica (Hoeman, 2011).

Cordeiro & Menoita citando Liebano *et al.* (2009), afirmam que a *Reabilitação Respiratória contribui para prevenir e tratar vários aspectos de desordens respiratórias, tais como, obstrução do fluxo aéreo, retenção de secreções, alterações da função ventilatória, dispneia e melhorar a performance de exercícios* (Cordeiro & Menoita, 2012:59).

O EEER deve contextualizar, adaptar e personalizar cada plano de cuidados, tendo em conta múltiplos fatores relacionados com a patologia (fase evolutiva, estabilização ou agudização, patologias associadas), com a pessoa (grau de instrução e aprendizagem, situação sócio-familiar e profissional), local

de implementação (internamento, ambulatório ou domicílio) e meios disponíveis (Cordeiro & Menoita, 2012).

No cuidado à pessoa com DPOC, o EEER é agente promotor de comportamentos de autocuidado e autonomia na gestão do regime terapêutico e na aquisição de estratégias de coping para lidar com a doença; aplica medidas de vigilância da função respiratória, prevenindo a sua deterioração, com vista a um ótimo estado respiratório funcional, manutenção do controlo dos sintomas, redução de reinternamentos e melhoria da qualidade de vida da pessoa e cuidador informal (Wong, Carson & Smith, 2012).

Avalia o risco e os motivos de não-adesão, desenvolvendo estratégias comportamentais e educativas que permitam a adesão ao regime terapêutico.

As estratégias comportamentais referem-se às preferências da pessoa, reforço do seu comportamento e, por exemplo, lembretes sobre hora e dosagem da medicação. As estratégias educativas incluem, por exemplo, a redução do número de medicamentos e da frequência das doses, facultar informação acerca dos efeitos secundários esperados, motivar a pessoa para a alterar o estilo de vida, deixando de fumar e fazendo caminhadas diárias (ICN, 2009).

Promover e manter o autocuidado em pessoas portadoras de DPOC é o papel central da intervenção do EEER, uma vez que a sua interação com a pessoa/família é constante em qualquer contexto – cuidados na comunidade, hospitais, ambulatório e cuidados continuados (Galvão & Janeiro, 2013).

3.3. Plano de Trabalho e Métodos

3.3.1- Problema Geral e Problemas Parcelares

Para a consecução deste projeto de estágio foram levantados os seguintes problemas:

Problema Geral

Necessidade de desenvolver competências de Enfermagem de Reabilitação no cuidado à pessoa e família em situação de DPOC.

Problemas Parcelares

Quais as intervenções do EEER perante:

- as alterações respiratórias do doente com DPOC;
- as alterações sensório-motoras do doente com DPOC;
- a necessidade de capacitação do doente com DPOC e família na gestão do regime terapêutico.

Quais as estratégias do EEER para promover e capacitar a pessoa com DPOC e família para a adesão ao regime terapêutico.

De que modo o EEER planeia a alta, assegurando que a pessoa e/ou familiar têm conhecimentos e habilidades para gerir o regime terapêutico.

3.3.2. Objetivo Geral e Objetivos Específicos

Os objetivos a que me proponho para a resolução dos problemas levantados são:

Objetivo Geral

Desenvolver competências científicas, técnicas e humanas para prestar cuidados de enfermagem especializados à pessoa com DPOC e família, segundo as competências gerais e específicas do enfermeiro especialista em Enfermagem de Reabilitação

Objetivos Específicos

1. Compreender a dinâmica organo-funcional da UCC de Sete Rios e da Unidade de Reabilitação Respiratória do Hospital Santa Maria;
2. Aprofundar conhecimentos técnico-científicos sobre DPOC e a gestão do seu regime terapêutico;

3. Analisar as intervenções do EEER, no âmbito dos cuidados especializados à pessoa com DPOC;
4. Prestar cuidados de enfermagem especializados à pessoa com DPOC e família utilizando a metodologia do processo de enfermagem;
5. Capacitar a pessoa com DPOC e família para a gestão do regime terapêutico;
6. Avaliar o nível de adesão ao regime terapêutico da pessoa com DPOC;
7. Identificar os principais fatores de não adesão da pessoa com DPOC ao regime terapêutico;
8. Promover uma adequada preparação e planeamento da alta, assegurando que a pessoa e/ou familiar têm conhecimentos e habilidades para gerir o regime terapêutico.

3.3.3. Fundamentação da escolha dos locais de Estágio

Dentro dos diversos campos de estágio propostos pela equipa pedagógica, escolhi uma UCC do ACES Lisboa Norte e uma Unidade de Reabilitação Respiratória de um Hospital Central de Lisboa, por, através das entrevistas realizadas às Sras. Enfermeiras Chefes, me parecerem ser os locais que maior oportunidades de aprendizagem me poderão proporcionar, quer no âmbito do meu projeto, quer no âmbito de outras áreas da Reabilitação.

A UCC do ACES Lisboa Norte abrange uma população de 70.830 habitantes, nas freguesias de Avenidas Novas, São Domingos de Benfica e Campolide. A referência hospitalar é o Centro Hospitalar de Lisboa Norte.

A equipa é constituída por 10 enfermeiros, dos quais 6 na ECCI (3 EEER, 1 EESMP, 1 Enfermeira Chefe). Articulam-se com assistente social e psicóloga, sempre que necessário. A ECCI tem 70 vagas.

A UCC não tem programa de Reabilitação instituído sendo que os EEER prestam cuidados gerais e específicos de reabilitação.

A Unidade de Reabilitação Respiratória do Hospital Central de Lisboa abrange uma área geográfica de Abrantes ao Algarve. É constituída por 6 Enfermeiros de Reabilitação, 3 Pneumologistas, 1 Psiquiatra, 1 Dietista, 3

Assistentes operacionais e 1 Assistente técnica. As patologias frequentes são DPOC, asma, fibrose quística, bronquiectasias não fibrose quística, fibrose pulmonar, derrames pleurais, pneumonias, acompanhamento pré e pós-operatório. Os EEER trabalham com os doentes quer em regime de internamento, quer em ambulatório. Neste último, tanto no departamento como no ginásio. Desenvolvem, também, Consultas de Enfermagem em conjunto com o médico e a dietista e Consultas específicas para a adesão ao regime terapêutico.

3.3.4. Descrição das atividades e Resultados esperados

O planeamento das atividades visou o desenvolvimento das Competências deliberadas pela Ordem dos Enfermeiros para o Enfermeiro Especialista e para o EEER e a concretização dos objetivos definidos para este projeto. Esta informação poderá ser acedida no apêndice I. A delimitação temporal destas mesmas atividades poderá ser consultada no cronograma disponível no apêndice II.

Considera-se como pressuposto que todas as atividades previstas têm subjacente o desenvolvimento de uma prática profissional assente no respeito pelos princípios éticos fundamentais, pelo Código Deontológico e pelas preferências do utente/família/cuidadores. Desta forma, a competência comum definida para o Enfermeiro Especialista no domínio: A – Domínio da Responsabilidade Profissional, Ética e Legal, é transversal a todas as atividades planeadas neste projeto.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A realização deste projeto foi muito enriquecedora, por me permitir tomar consciência da emergente necessidade de prevenir e tratar a quarta principal causa de morte em todo mundo, a Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica.

A pesquisa e reflexão efetuadas possibilitaram-me aprofundar conhecimentos relativos à DPOC e à importância de uma adesão terapêutica de excelência, com vista ao controlo de sintomas, prevenção de exacerbações e reinternamentos, e melhoria da qualidade de vida das pessoas.

O autocuidado é a componente fundamental da gestão das doenças crónicas. Os enfermeiros desempenham um importante papel na gestão e adesão ao regime terapêutico, educando a pessoa acerca da sua doença, sintomatologia, benefícios do tratamento e complicações associadas à não-adesão.

Para ajudar as pessoas com DPOC a autogerirem a sua doença e preservarem a autonomia no autocuidado, torna-se fundamental que os enfermeiros adquiram competências específicas necessárias ao cuidado planeamento e desenvolvimento de intervenções de enfermagem que visem a adesão ao regime terapêutico.

O objetivo deste projeto é planificar as atividades a desenvolver ao longo dos Ensinos Clínicos, com vista à aquisição das competências gerais e específicas de Enfermeira Especialista em Enfermagem de Reabilitação.

Este projeto pretende ser um guia-orientador para a realização do Relatório de Estágio, posterior à frequência dos Ensinos Clínicos. Como qualquer plano, está sujeito, sempre que necessário, a avaliações e reformulações.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Cordeiro, M. & Menoita, E. (2012). *Manual de Boas Práticas na Reabilitação Respiratória: Conceitos, Princípios e Técnicas*. Loures: Lusociência.
- Cunha, A.; Cardoso, L. & Oliveira, V. (2005). Autocuidado: teoria de enfermagem de Dorothea Orem. *Revista Sinais Vitais*, 61 (7), 36-40.
- Direção Geral de Saúde. (2004). Programa Nacional de Prevenção e Controlo da Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica.
- Direção Geral de Saúde. (2012). Programa Nacional para as Doenças Respiratórias 2012-2016: Orientações Programáticas.
- Direção Geral de Saúde. (2013). Programa Nacional para as Doenças Respiratórias: Relatório de efetividade de uma rede de espirometria no diagnóstico da doença pulmonar obstrutiva crónica nos cuidados de saúde primários.
- Esmond, G. (2005). *Enfermagem das Doenças Respiratórias*. Loures: Lusociência.
- Galvão, M. & Janeiro, J. (2013). O autocuidado em enfermagem: autogestão, automonitorização e gestão sintomática como conceitos relacionados. *Revista Mineira de Enfermagem* 17(1): 225-230 DOI: 10.5935/1415-2762.20130019.
- Global Strategy for the Diagnosis, Management and Prevention of COPD*, Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease (GOLD). (2016). Acedido em 16/03/2016. Disponível em: <http://www.goldcopd.org/>.
- Hoeman, S. (2011). *Enfermagem de Reabilitação: Prevenção, Intervenção e Resultados Esperados* (4ª ed.) Loures: Lusodidacta.
- Hesbeen, W. (2010). *A Reabilitação: Criar Novos Caminhos* Loures: Lusociência.
- International Council of Nurses. (2009). Nursing Matters: Adherence to Long Term Therapy. Acedido em 28/05/2016. Disponível em http://www.icn.ch/images/stories/documents/publications/fact_sheets/8a_FS-Adherence_Long-Term_Therapy.pdf
- Monahan, F.; Sands, J.; Neighbors, M.; Marek, J. & Green, C. (2007) Phipps *enfermagem médico-cirúrgica: Perspectivas de saúde e doença*. (l.

- Ligeiro, L. Leal, H. Azevedo, Trad.) (8ª ed.) (Vol. III) Loures: Lusodidacta. (tradução do original inglês Medical-Cirurgical nursing: Health and illness perspectives, 8th ed., 2007).
- Observatório Nacional das Doenças Respiratórias. (2016). 11º Relatório: Prevenir as Doenças Respiratórias, acompanhar e reabilitar os doentes.
- Ordem dos Enfermeiros. (2011). Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Reabilitação. Acedido em 03/03/2016. Disponível em <http://www.ordemenfermeiros.pt/colegios/Documents/PQCEEReabilitacao.pdf>
- Ordem dos Enfermeiros. (2010). Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação. Acedido em 03/03/2016. Disponível em http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/Documents/LegislacaoOE/RegulamentoCompetenciasReabilitacao_aprovadoAG20Nov2010.pdf
- Ordem dos Enfermeiros. (2009). Estabelecer parcerias com os indivíduos e as famílias para promover a adesão ao tratamento – Catálogo da Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (Cipe ®) – do original «*Partnering with Individuals and Families to Promote Adherence to Treatment. International Classification for Nursing Practice (ICNP®) Catalogue*».
- Ordem dos Enfermeiros. (2011). CIPE® Versão 2 – CLASSIFICAÇÃO INTERNACIONAL PARA A PRÁTICA DE ENFERMAGEM – do original “ICNP® Version 2 – INTERNACIONAL CLASSIFICATION FOR NURSING PRACTICE”.
- Orem, D. (1993). *Modelo de Orem, Conceptos de enfermeira en la práctica*. Barcelona: Ediciones Científicas y Técnicas, S.A.
- Organização Mundial de Saúde. (2004). *CIF: Classificação Internacional da Funcionalidade, Incapacidade e Saúde*. Lisboa: Direcção Geral de Saúde.
- Organização Mundial de Saúde. (2007). *Vigilância global, prevenção e controlo das Doenças Respiratórias Crónicas: uma abordagem integradora*. Lisboa: Direcção Geral de Saúde.

- Padilha, J. (2013). *Promoção da gestão do regime terapêutico em clientes com DPOC: um percurso de investigação-ação*. Tese de Doutoramento, Universidade Católica Portuguesa, Portugal.
- Padilha, J.; Oliveira, M. & Campos, M. (2010). Revisão integrativa da literatura sobre gestão do regime terapêutico em pacientes com doença pulmonar obstrutiva crónica. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 44 (4), 1129-1134.
- Wong, C.; Carson, K. & Smith, B. Home care by outreach nursing for chronic obstructive pulmonary disease. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2012, Issue 4. Art. No.: CD000994. **DOI:** 10.1002/14651858.

APÊNDICES

Apêndice I – Planejamento de Atividades

Planeamento de Atividades a desenvolver durante os Ensinos Clínicos

Domínios e Competências	B3 – Cria e mantém um ambiente terapêutico e seguro. J1 – Cuida de pessoas com necessidades especiais, ao longo do ciclo de vida, em todos os contextos da prática de cuidados.		
Objetivo Específico	Atividades	Recursos	Indicadores
1. Compreender a dinâmica organo-funcional da UCC do ACES Lisboa Norte e da Unidade de Reabilitação Respiratória do Hospital Central de Lisboa.	<ul style="list-style-type: none"> - Identificação e conhecimento dos recursos físicos, humanos e materiais, através da visita aos locais de estágio, entrevistas e reuniões informais com a Enfermeira Chefe e Enfermeiro orientador, consulta de manuais do serviço; - Integração na equipa multidisciplinar respeitando a sua dinâmica funcional; - Consulta de normas e protocolos do serviço. 	<p>Humanos: Enfermeira Chefe e Enfermeiro Orientador</p> <p>Materiais: Normas, protocolos e manuais do serviço</p> <p>Físicos: UCC e URR</p> <p>Temporais: Cronograma</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Ter identificado e conhecido os recursos físicos, humanos e materiais da UCC e URR; - Ter realizado entrevistas e reuniões informais com a Enfermeira Chefe e Enfermeiro orientador; - Ter integrado a equipa respeitando a sua dinâmica funcional; - Ter consultado normas e protocolos do serviço.
CrITÉRIOS de Avaliação	<p>De que modo as atividades desenvolvidas foram importantes para a minha integração na equipa multidisciplinar?</p> <p>Qual a importância destas atividades para prestar cuidados de enfermagem especializados à pessoa com DPOC e família?</p>		

Domínios e Competências	<p>B 1 – Desempenha um papel dinamizador no desenvolvimento e suporte das iniciativas estratégicas institucionais na área da governação clínica.</p> <p>B1.2 – Incorpora diretivas e conhecimentos na melhoria da qualidade na prática.</p> <p>D2 – Baseia a sua praxis clínica especializada em sólidos e válidos padrões de conhecimento.</p> <p>D2.2 – Suporta a prática clínica na investigação e no conhecimento, na área da especialidade.</p> <p>J1 - Cuida de pessoas com necessidades especiais, ao longo do ciclo de vida, em todos os contextos da prática de cuidados.</p>		
Objetivo Específico	Atividades	Recursos	Indicadores
2. Aprofundar conhecimentos técnico-científicos sobre DPOC e a gestão do seu regime terapêutico.	<ul style="list-style-type: none"> - Consulta de bibliografia relevante e atual: livros, artigos de revistas científicas, trabalhos académicos, etc; - Pesquisa de normas, protocolos e programas de reabilitação respiratória; - Pesquisa bibliográfica na base de dados EBSCOhost; - Discussão com o professor e enfermeiro orientadores sobre esta temática. 	<p>Humanos: Professor e Enfermeiro Orientador</p> <p>Materiais: Livros, artigos, normas, protocolos.</p> <p>Físicos: UCC e URR, Biblioteca da ESEL</p> <p>Temporais: Cronograma</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Ter consultado bibliografia pertinente sobre o tema; - Ter pesquisado na base de dados EBSCOhost; - Ter pesquisado normas, protocolos e programas de reabilitação respiratória; - Ter discutido com o professor e enfermeiro orientadores sobre DPOC e gestão do regime terapêutico.
CrITÉrios de Avaliação	<p>De que modo as atividades planeadas foram importantes para desenvolver conhecimentos técnico-científicos sobre DPOC e a gestão do seu regime terapêutico?</p> <p>Reflete na importância destas atividades para a prestação de cuidados de enfermagem especializados ao doente</p>		

	com DPOC e família.
--	---------------------

Domínios e Competências	B2 – Concebe, gera e colabora em programas de melhoria contínua da qualidade. B3 – Cria e mantém um ambiente terapêutico e seguro. D1 – Desenvolve o auto-conhecimento e a assertividade. D2 – Baseia a sua praxis clínica especializada em sólidos e válidos padrões de conhecimento. J1 - Cuida de pessoas com necessidades especiais, ao longo do ciclo de vida, em todos os contextos da prática de cuidados.		
Objetivo Específico	Atividades	Recursos	Indicadores
3. Analisar as intervenções do EEER, no âmbito dos cuidados especializados à pessoa com DPOC.	<ul style="list-style-type: none"> - Análise do Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista e as Competências Específicas do EEER; - Observação participativa dos cuidados de enfermagem prestados pelo EEER à pessoa com DPOC e sua família; - Discutir com o enfermeiro orientador sobre as intervenções do EEER, na prestação de cuidados especializados à pessoa com DPOC. 	Humanos: Enfermeiro Orientador Materiais: Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista e das Competências Específicas do EEER. Físicos: UCC e URR Temporais: Cronograma	<ul style="list-style-type: none"> - Analisar o Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista e das Competências Específicas do EEER; - Ter realizado observação participativa dos cuidados de enfermagem prestados pelo EEER à pessoa com DPOC e sua família; - Ter discutido com o enfermeiro orientador sobre as intervenções do EEER, na prestação de cuidados especializados à pessoa com DPOC.

Crêterios de Avaliação	<p>Qual a importância destas atividades para conseguir analisar as intervenções do EEER, no âmbito dos cuidados especializados � pessoa com DPOC?</p> <p>Reflete sobre as Competências Comuns do Enfermeiro Especialista e as Competências Específicas do EEER.</p>
-------------------------------	---

Domínios e Competências	<p>C1 – Gere os cuidados, otimizando a resposta da equipa de enfermagem e seus colaboradores e a articulação na equipa multiprofissional.</p> <p>D2 – Baseia a sua praxis clínica especializada em sólidos e válidos padrões de conhecimento.</p> <p>B3 – Cria e mantém um ambiente terapêutico e seguro.</p> <p>J1 - Cuida de pessoas com necessidades especiais, ao longo do ciclo de vida, em todos os contextos da prática de cuidados.</p> <p>J2 – Capacita a pessoa com deficiência, limitação da atividade e ou restrição da participação para a reinserção e exercício da cidadania.</p> <p>J3 – Maximiza a funcionalidade desenvolvendo as capacidades da pessoa.</p>		
Objetivo Específico	Atividades	Recursos	Indicadores
4. Prestar cuidados de enfermagem especializados � pessoa com DPOC e família utilizando	<ul style="list-style-type: none"> - Identificação das necessidades de cuidados � pessoa com DPOC; - Prestação de cuidados especializados � pessoa, utilizando a metodologia do processo de enfermagem; - Promoção da integração da pessoa e 	<p>Humanos: Pessoa e família, Enfermeiro Orientador</p> <p>Materiais: processo clínico, livros científicos,</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Ter identificado as necessidades de cuidados � pessoa com DPOC; - Ter prestado cuidados especializados � pessoa, utilizando a metodologia do processo de enfermagem; - Ter promovido a integração da pessoa e

a metodologia do processo de enfermagem.	<p>família no processo de cuidados;</p> <ul style="list-style-type: none"> - Participação em pelo menos 1 ação de formação sobre DPOC; - Mobilização de conhecimentos adquiridos nas aulas e na literatura específica; - Discussão com o enfermeiro orientador, sobre os planos de cuidados elaborados. 	<p>slides das aulas</p> <p>Físicos: UCC e URR</p> <p>Temporais: Cronograma</p>	<p>família no processo de cuidados;</p> <ul style="list-style-type: none"> - Ter participado em ações de formação sobre DPOC; - Ter mobilizado os conhecimentos adquiridos nas aulas e na literatura específica; - Ter discutido com o enfermeiro orientador, sobre os planos de cuidados elaborados.
Critérios de Avaliação	<p>De que forma a discussão sobre os planos de cuidados elaborados permitiu a adequação dos cuidados especializados à pessoa com DPOC?</p> <p>O uso da metodologia do processo de enfermagem permitiu prestar cuidados especializados à pessoa com DPOC e família?</p> <p>Reflete sobre a importância da integração da pessoa e família no processo de cuidados.</p>		

Domínios e Competências	<p>B2 – Concebe, gera e colabora em programas de melhoria contínua da qualidade.</p> <p>B3 – Cria e mantém um ambiente terapêutico e seguro.</p> <p>C1 – Gere os cuidados, otimizando a resposta da equipa de enfermagem e seus colaboradores e a articulação na equipa multiprofissional.</p> <p>J1 - Cuida de pessoas com necessidades especiais, ao longo do ciclo de vida, em todos os contextos da prática de cuidados.</p> <p>J2 – Capacita a pessoa com deficiência, limitação da atividade e ou restrição da participação para a</p>
--------------------------------	---

	reinserção e exercício da cidadania. J3 – Maximiza a funcionalidade desenvolvendo as capacidades da pessoa.		
Objetivo Específico	Atividades	Recursos	Indicadores
5. Capacitar a pessoa com DPOC e família para a gestão do regime terapêutico.	<ul style="list-style-type: none"> - Avaliação da capacidade funcional, cognitiva e motivacional para a adesão e gestão do regime terapêutico; - Identificação das necessidades de conhecimento, da pessoa com DPOC, sobre a patologia e o seu regime terapêutico; - Fornecimento de informação necessária, para prover a pessoa com DPOC de conhecimentos essenciais à compreensão da patologia e seu tratamento; - Uso de material didático, fornecimento de folhetos e/ou panfletos; - Realização de pelo menos 1 sessão de formação para um grupo de pessoas com DPOC; - Promoção da participação ativa da pessoa e família nas atividades a desenvolver com vista à capacitação para a gestão do regime 	<p>Humanos: Pessoa e família, Enfermeiro Orientador</p> <p>Materiais: material didático, folhetos e/ou panfletos, computador, retroprojeto, dispositivos para administração de terapêutica</p> <p>Físicos: UCC e URR</p> <p>Temporais: Cronograma</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Ter avaliado a capacidade funcional, cognitiva e motivacional para a gestão do regime terapêutico; - Identificação das necessidades de conhecimento, da pessoa com DPOC, sobre a patologia e o seu regime terapêutico; - Fornecimento de informação necessária, para prover a pessoa com DPOC de conhecimentos essenciais à compreensão da patologia e seu tratamento; - Uso de material didático, fornecimento de folhetos e/ou panfletos; - Realização de uma sessão de formação para um grupo de pessoas com DPOC; - Promoção da participação ativa da pessoa e família nas atividades a desenvolver com vista à capacitação para a gestão do

	terapêutico.		regime terapêutico
Critérios de Avaliação	<p>Reflete na importância da capacitação da pessoa com DPOC e família para a gestão do regime terapêutico.</p> <p>De que forma as atividades planejadas e estratégias desenvolvidas capacitam a pessoa e família para a gestão do regime terapêutico?</p> <p>Consegui envolver a pessoa e família no processo de capacitação para a gestão do regime terapêutico?</p>		

Domínios e Competências	<p>J1 - Cuida de pessoas com necessidades especiais, ao longo do ciclo de vida, em todos os contextos da prática de cuidados.</p> <p>J1.2 – Concebe planos de intervenção com o propósito de promover capacidades adaptativas com vista ao autocontrolo e autocuidado nos processos de transição saúde/doença e/ou incapacidade.</p> <p>J1.4 – Avalia os resultados das intervenções implementadas.</p>		
Objetivo Específico	Atividades	Recursos	Indicadores
6. Avaliar o nível de adesão ao regime terapêutico da pessoa com DPOC.	<ul style="list-style-type: none"> - Elaboração de uma check-list para avaliação do nível de adesão ao regime terapêutico; - Sensibilização da pessoa para a importância da adesão ao regime terapêutico; - Identificação das necessidades de conhecimento para que a pessoa com DPOC adira ao regime terapêutico; 	<p>Humanos: Pessoa e família, Enfermeiro Orientador</p> <p>Materiais: Check-list, material didático, dispositivos para administração de terapêutica</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Ter elaborado uma check-list para avaliação do nível de adesão ao regime terapêutico; - Ter sensibilizado a pessoa para a importância da adesão ao regime terapêutico; - Ter identificado as necessidades de conhecimento para que a pessoa com DPOC adira ao regime terapêutico;

	<ul style="list-style-type: none"> - Reforço da informação necessária à consolidação de conhecimentos que permitam a adesão ao regime terapêutico; - Elaboração e implementação de intervenções do EEER que permitam a adesão ao regime terapêutico. 	Físicos: UCC e URR Temporais: Cronograma	<ul style="list-style-type: none"> - Ter reforçado a informação necessária à consolidação de conhecimentos que permitam a adesão ao regime terapêutico; - Ter elaborado e implementado intervenções do EEER que permitam a adesão ao regime terapêutico.
Crítérios de Avaliação	De que modo a avaliação inicial das capacidades e das necessidades da pessoa com DPOC, contribuiu para a elaboração e implementação de intervenções do EEER que permitam a adesão ao regime terapêutico? Reflete na importância da sensibilização da pessoa com DPOC para a adesão ao regime terapêutico.		

Domínios e Competências	J1 - Cuida de pessoas com necessidades especiais, ao longo do ciclo de vida, em todos os contextos da prática de cuidados. J1.2 – Concebe planos de intervenção com o propósito de promover capacidades adaptativas com vista ao autocontrolo e autocuidado nos processos de transição saúde/doença e/ou incapacidade. J1.4 – Avalia os resultados das intervenções implementadas.		
Objetivo Específico	Atividades	Recursos	Indicadores
7. Identificar os principais fatores de não adesão da pessoa com DPOC ao regime	<ul style="list-style-type: none"> - Realização de entrevistas informais à pessoa e família, para saber quais os principais motivos e dificuldades da não adesão ao regime terapêutico; - Promoção de um ambiente empático, 	Humanos: Pessoa e família, Enfermeiro Orientador Materiais: Gabinete	<ul style="list-style-type: none"> - Ter realizado entrevistas informais à pessoa e família, para saber os principais motivos e dificuldades da não adesão ao regime terapêutico; - Ter promovido um ambiente empático,

terapêutico.	<p>que abra espaço à expressão de sentimentos e dificuldades;</p> <ul style="list-style-type: none"> - Análise dos resultados comparativos entre a check-list e as entrevistas informais; - Correção de comportamentos e reformulação de estratégias com vista à adesão do regime terapêutico. 	<p>acolhedor, check-list</p> <p>Físicos: UCC e URR</p> <p>Temporais: Cronograma</p>	<p>que abra espaço à expressão de sentimentos e dificuldades;</p> <ul style="list-style-type: none"> - Ter analisado os resultados comparativos entre a check-list e as entrevistas informais; - Ter corrigido comportamentos e reformulado estratégias com vista à adesão ao regime terapêutico.
Critérios de Avaliação	<p>Proporcionei um ambiente empático, permitindo a expressão de sentimentos e dificuldades por parte da pessoa com DPOC e família?</p> <p>De que modo a realização de entrevistas informais contribuíram para a identificação dos fatores de não adesão ao regime terapêutico?</p> <p>Conseguir reformular estratégias mediante a análise dos resultados das entrevistas informais, com vista à adesão da pessoa e família ao regime terapêutico?</p>		

Domínios e Competências	<p>J1 - Cuida de pessoas com necessidades especiais, ao longo do ciclo de vida, em todos os contextos da prática de cuidados.</p> <p>J2 – Capacita a pessoa com deficiência, limitação da atividade e ou restrição da participação para a reinserção e exercício da cidadania.</p> <p>J3 – Maximiza a funcionalidade desenvolvendo as capacidades da pessoa.</p> <p>B2 – Concebe, gera e colabora em programas de melhoria contínua da qualidade.</p>
--------------------------------	---

	B3 – Cria e mantém um ambiente terapêutico e seguro.		
Objetivo Específico	Atividades	Recursos	Indicadores
8. Promover uma adequada preparação e planeamento da alta, assegurando que a pessoa e/ou familiar têm conhecimentos e habilidades para gerir o regime terapêutico.	<ul style="list-style-type: none"> - Avaliação das necessidades de continuidade dos cuidados; - Reforço dos ensinamentos com vista a assegurar que a pessoa está capacitada para gerir o seu regime terapêutico; - Demonstração de disponibilidade para esclarecimento de dúvidas; - Identificação dos recursos da comunidade a que, a pessoa com DPOC e família, podem recorrer (hospital, domicílio, comunidade), para a continuidade dos cuidados; - Referenciação aos cuidados de saúde primários, com vista à continuidade dos cuidados, através de contacto telefónico e envio de carta de alta/transferência; - Fornecimento de folhetos/panfletos, contacto telefónico como linha de apoio. 	<p>Humanos: Pessoa e família, Enfermeiro Orientador</p> <p>Materiais: Telefone, folhetos/panfleto, carta de alta/transferência</p> <p>Físicos: UCC e URR</p> <p>Temporais: Cronograma</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Ter avaliado as necessidades de continuidade dos cuidados; - Ter reforçado os ensinamentos com vista a assegurar que a pessoa está capacitada para gerir o seu regime terapêutico; - Ter demonstrado disponibilidade para esclarecimento de dúvidas; - Ter identificado os recursos da comunidade a que, a pessoa com DPOC e família, podem recorrer (hospital, domicílio, comunidade), para a continuidade dos cuidados; - Ter referenciado aos cuidados de saúde primários, com vista à continuidade dos cuidados, através de contacto telefónico e envio de carta de alta/transferência; - Ter fornecido folhetos/panfletos, contacto telefónico como linha de apoio.
Crítérios de Avaliação	De que forma as atividades planeadas foram essenciais para promover a continuidade dos cuidados após a alta? A carta de alta/transferência contribuiu para a continuidade dos cuidados?		

	Reflete na importância da preparação/planeamento da alta para que a pessoa com DPOC e/ou cuidador, seja capaz de gerir, autonomamente, o seu regime terapêutico.
--	--

Apêndice II - Cronograma

Cronograma

Ano		2016												2017							
Mês		Setembro		Outubro				Novembro				Dezembro		Janeiro					Fevereiro		
Semanas		26		3	10	17	24	31	7	14	21	28	5	12	Pausa Letiva	2	9	16	23	30	6
Locais		UCC														URR					
Objetivos Específicos	1º																				
	2º																				
	3º																				
	4º																				
	5º																				
	6º																				
	7º																				
	8º																				

APÊNDICE II
Estudo de Caso

Mestrado em Enfermagem
Área de Especialização de Enfermagem de
Reabilitação

Estudo de Caso

Luciana Patrícia Meirinhos Pires Rodrigues

Lisboa

2016



Mestrado em Enfermagem
Área de Especialização de Enfermagem de
Reabilitação

Estudo de Caso

Luciana Patrícia Meirinhos Pires Rodrigues

Enf^ª Orientadora: Susana Esteves

Prof. Orientador: Joaquim Cabral Oliveira

Lisboa

2016

A decorative graphic in the bottom right corner consisting of several overlapping, curved green shapes that resemble stylized waves or leaves, extending from the right edge towards the center.

Abreviaturas e Siglas

AVD's – Atividades de Vida Diária

CIPE® – Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem

ECCI – Equipa de Cuidados Continuados Integrados

EEER – Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação

EGA – Equipa de Gestão de Altas

FA – Fibrilhação Auricular

FC – Frequência Cardíaca

FR – Frequência Respiratória

HBP – Hiperplasia Benigna da Próstata

HTA – Hipertensão arterial

OE – Ordem dos Enfermeiros

PO – per os

SC - Subcutâneo

Sr. - Senhor

TA – tensão Arterial

T^a – Temperatura

UMDR – Unidade de Média Duração e Reabilitação

UP – Úlcera de Pressão

Índice

INTRODUÇÃO	5
1. ENQUADRAMENTO TEÓRICO	6
2. PROCESSO DE ENFERMAGEM	8
2.1. Identificação da Pessoa	8
2.2. Situação clínica	8
2.3. Internamento na UMDR	9
2.4. Internamento na ECCI	9
2.4.1. Avaliação inicial por parte da EEER da ECCI a 15/9/2016	9
2.4.2. Avaliação Inicial dia 7/10/2016	10
2.5. Plano de cuidados segundo a CIPE®	14
CONSIDERAÇÕES FINAIS	23
BIBLIOGRAFIA CONSULTADA	
ANEXOS	
Anexo I - Escala de Glasgow	
Anexo II - Escala de Lower	
Anexo III - Escala Numérica da Dor	
Anexo IV - Índice de Barthel	
Anexo V - Índice de Lawton	
Anexo VI - Escala de Morse	
Anexo VII - Escala de Braden	

INTRODUÇÃO

O presente Estudo de Caso está a ser desenvolvido no âmbito do Ensino Clínico do 7º Curso de Mestrado em Enfermagem, na Área de Especialização de Enfermagem de Reabilitação, na Equipa de Cuidados Continuados Integrados.

Tem como objetivo principal o desenvolvimento de competências gerais de Enfermeira Especialista e, competências específicas de Enfermeira Especialista em Enfermagem de Reabilitação.

Como objetivos específicos:

- O desenvolvimento e aplicação de conhecimentos teórico-práticos de enfermagem de reabilitação;
- Prestação de cuidados especializados à pessoa e cuidador informal, utilizando a metodologia do processo de enfermagem;
- Promoção da integração da pessoa e família no processo de cuidados.

Este estudo de caso encontra-se dividido em três partes:

- Primeira parte: Enquadramento teórico, onde se foca o principal objetivo dos cuidados de Enfermagem de Reabilitação no domicílio;
- Segunda parte: Processo de Enfermagem, onde é apresentado o histórico de enfermagem, avaliação inicial e plano de cuidados desenvolvido de acordo com a CIPE®;
- Terceira parte: breve conclusão sobre o processo de enfermagem desenvolvido até à data.

Para a construção deste trabalho foi efetuada pesquisa bibliográfica em livros e artigos científicos, bem como documentos publicados pela Ordem dos Enfermeiros.

1. ENQUADRAMENTO TEÓRICO

Este Processo de Enfermagem foi desenvolvido em relação a uma pessoa em situação de incapacidade, integrada no seu meio familiar e habitacional, após um internamento, com necessidade de integrar a pessoa no seu meio face às suas incapacidades.

Quando a pessoa regressa à comunidade após um internamento, inicia-se um processo de transição onde a integração no meio deve desenvolver-se de forma harmoniosa, para que se possa traduzir em ganhos em saúde.

O principal objetivo do cuidado do enfermeiro de Reabilitação no domicílio é desenvolver estratégias adaptativas com a pessoa e o cuidador, de modo a que a pessoa consiga realizar as suas AVD's tendo em conta as suas incapacidades.

Para tal, o enfermeiro de Reabilitação deve fazer uma avaliação inicial cuidadosa e pormenorizada, onde colhe informações sobre a pessoa, as suas relações familiares e sociais, poder económico, dinâmica familiar, estado da habitação (conservação, higiene, disposição dos móveis, equipamentos adaptativos), acessos da habitação à rua.

A partir destes dados, é desenvolvido um plano de cuidados de reabilitação em conjunto com a pessoa e o seu cuidador, que vá de encontro às suas necessidades. Para a construção deste caminho é fundamental estabelecer uma relação terapêutica entre o enfermeiro e a pessoa e seu cuidador.

A relação terapêutica caracteriza-se pela criação de laços de confiança e respeito mútuo, para que seja possível a elaboração de soluções promotoras de mudança, a partir das potencialidades do sistema familiar, respeitando a sua realidade numa perspectiva colaboracional (Figueiredo, 2012).

As principais dificuldades da pessoa e cuidador, na prestação de cuidados, relacionam-se com a dificuldade em reestruturar a dinâmica familiar, na falta de conhecimentos, de recursos e suporte social. Muitas vezes, mesmo detentoras de conhecimentos e de capacidades, a pessoa e/ou o cuidador demonstram dificuldades em se adaptarem ao novo processo transacional, o que dificulta a capacitação dos mesmos para a prestação dos cuidados. (Figueiredo, 2012).

O enfermeiro deve trabalhar com a pessoa e cuidador estratégias de *coping* eficazes para a readaptação à nova dinâmica familiar, e desenvolver estratégias

criativas de modo a capacitar a pessoa e cuidador na aquisição de conhecimentos e comportamentos promotores de saúde, de forma a compreenderem, aderirem e cumprirem o programa de Reabilitação.

A capacitação da pessoa e cuidador deve “*partir da maximização do seu potencial de saúde ajudando-a a ser proactiva na consecução do seu projeto de saúde...a intervenção deve enfatizar a capacidade das famílias na resolução dos seus problemas e o papel do enfermeiro como facilitador da co-construção dessas soluções.*” (Figueiredo, 2012:69). A pessoa comanda, mas o enfermeiro guia, instrui.

2. PROCESSO DE ENFERMAGEM

2.1. Identificação da Pessoa

Nome: L.F.C.

Data de Nascimento: 09-03-1930

Idade: 86 anos

Sexo: Masculino

Raça: Caucasiano

Nacionalidade: Portuguesa

Estado civil: Viúvo

Profissão: Reformado. Foi camionista

Religião: Católico

Agregado Familiar: Filha, filho com Trissomia XXI e neto com problemas psicológicos (consumo de álcool e drogas)

Cuidador: Filha

Pessoa significativa: Filha

Antecedentes Pessoais: Doença renal hipertensiva, Diabetes Mellitus Tipo II, HTA, FA, cardiopatia dilatada, HBP, hérnia inguinal, hérnia discal lombar, diminuição da amplitude articular da articulação escapulo-umeral direita derivada de fratura anterior, glaucoma, anemia por défice de ferro e vitamina B12.

2.2. Situação clínica

Internado no serviço de ortopedia do HSM a 12/4/2016 após queda da própria altura no WC do domicílio, resultando em fratura subcapital da articulação coxo-femural direita. Submetido a hemiartroplastia unilateral cimentada a 15/4/2016.

Durante o internamento, consciente e orientado auto e alopsiquicamente. Dependente nas AVD's. Iniciou programa de Reabilitação motora e treino de marcha com carga no membro operado.

Referenciado pela EGA para UMDR para manutenção do programa de reabilitação motora.

2.3. Internamento na UMDR

Foi transferido para a UMDR a 14/6/2016 para manutenção de MFR, treino de AVD's, atividades lúdicas e estimulação neurocognitiva. No fim dos 90 dias foi referenciado para a ECCI.

No momento da alta o utente encontrava-se consciente e orientado auto e alopsiquicamente. Pele e mucosas coradas e hidratadas. Eupneico e hemodinamicamente estável. Glicémias capilares controladas.

Semi-dependente nos autocuidados: higiene, uso do sanitário, vestir, transferir e posicionar. Autónomo na alimentação.

Urina na fralda e evacua no wc.

Apresenta úlcera de pressão categoria II na região sagrada, com tecido de granulação e epiteliação.

Deambula em contexto de ginásio com apoio e supervisão de fisioterapeuta. Faz levante para cadeira de rodas.

2.4. Internamento na ECCI

A UMDR referenciou à ECCI para continuidade do programa de Reabilitação motora no domicílio, iniciado a 15/9/2016.

2.4.1. Avaliação inicial por parte da EEER da ECCI a 15/9/2016

O utente encontrava-se consciente e orientado no espaço, alguma desorientação temporal.

Parcialmente dependente nas AVD's. A higiene é realizada no WC pela funcionária do apoio domiciliário. Alimenta-se autonomamente às refeições na cozinha.

Apresenta diminuição da força muscular no membro inferior direito. Realiza diariamente levante para a cadeira com rodas. Durante o dia permanece no sofá da sala, no entanto refere que ao fim de algum tempo sente parestesias nos membros inferiores e dor na articulação coxo-femural direita.

Glicémias capilares não controladas. Dieta não adequada, número de refeições diárias insuficientes.

A cuidadora aparentemente investe na autonomia do Sr. L..

Apresenta úlcera de pressão na região sagrada categoria II superficial e ruborizada, de pequena dimensão.

Apesar de utilizar fralda, mantém continência vesical e intestinal. Foi sugerido à cuidadora a utilização de urinol no período noturno e para trocar a fralda por cueca-fralda.

Já apresentava ajudas técnicas no domicílio, tais como, andarilho, cadeira de banho, alteador de sanita, barras de apoio lateral junto à sanita.

2.4.2.Avaliação Inicial dia 7/10/2016

Exame Neurológico

♦ Estado Mental:

- Estado de consciência: Consciente: Score 15 de acordo com a Escala de Glasgow. (Anexo I)
- Estado de orientação: orientado auto e alogicamente
- Atenção: diminuída. Necessidade de direcionar a sua atenção para a realização de exercícios.
- Memória: Imediata e Recente diminuídas, Remota mantida.
- Capacidades práxicas: mantidas
- Comunicação verbal: mantida

♦ Motricidade: Diminuição da motricidade fina

- Força muscular: Avaliada de acordo com a Escala de Lower (Anexo II)
- Cabeça e Pescoço: 5/5
- Membro superior direito: 3/5
- Membro inferior direito: 3/5
- Membro superior esquerdo: 4/5
- Membro inferior esquerdo: 4/5
- Tônus muscular: Mantido
 - Coordenação motora:
- Prova indéx-nariz: realiza
- Prova calcanhar Joelho: não realiza
- Amplitude articular: Diminuída nas articulações escapulo-umeral direita, coxo-femoral direita e tíbio-társica direita.

♦ **Sensibilidade:**

Sensibilidade superficial (táctil, térmica e dolorosa): mantida, exceto com ligeira alteração na região plantar por pé diabético.

Sensibilidade profunda (pressão, vibratória, postural): mantida.

♦ **Equilíbrio:**

Equilíbrio estático sentado: sim

Equilíbrio dinâmico sentado: não

Equilíbrio ortostático estático: não

Equilíbrio ortostático dinâmico: não

Deformidades da coluna: sim

Adota posições viciosas: sim

♦ **Marcha:** Realiza marcha com andarilho, devido ao défice de força muscular do membro inferior direito e ao défice de equilíbrio em ortostatismo.

Sinais Vitais

TA: 120/60 mmHg

FC: 62 bpm

FR: 18 ciclos/min

T^a: 36,5°

Dor: Na articulação coxo-femural. Escala numérica da dor (Anexo III): 3.

Acuidade visual

Diminuída por glaucoma.

Acuidade auditiva

Diminuída.

Padrão Respiratório

Eupneico. Demonstra capacidade para tossir e expetorar. Apresenta cansaço a médios esforços.

Padrão Vesical

Sem alterações. Durante o dia urina no wc. À noite usa urinol e cueca-fralda.

Padrão Intestinal

Obstipação. Faz terapêutica em SOS.

Nutrição/Alimentação

Alimenta-se autonomamente de dieta diabética. Contudo, esta é pobre em proteínas e não cumpre número mínimo de refeições. Défice de ingestão de água.

Higiene Pessoal

Semi-dependente. Necessita de ajuda para lavar a região dorsal, genitais e membros inferiores.

Vestir/Despir

Semi-dependente. Necessita de ajuda para vestir/despir as calças, meias e sapatos.

Uso do sanitário

Semi-dependente. Usa fralda de proteção. Urina e evacua no wc. Faz uso do urinol durante a noite.

Sono e Repouso

Dorme por períodos. Indutor do sono em SOS.

Atividades de Vida Diária

Avaliadas de acordo com a Índice de Barthel (Anexo IV): Score 45, dependente em grau moderado.

Atividades Instrumentais de Vida Diária

Avaliadas de acordo com o Índice de Lawton (Anexo V): Score 29, severamente dependente, necessita de muita ajuda.

Risco de Queda

Avaliado de acordo com a Escala de Morse (Anexo VI): Score 75, alto risco de queda.

Risco de desenvolvimento de Úlceras de Pressão

Avaliado de acordo com a Escala de Braden (Anexo VII): Score 17, baixo risco de desenvolvimento de úlceras de pressão

Terapêutica de ambulatório

Lasix 40mg PO	Lorazepam 1mg PO
Lisinopril 20mg PO	Omeprazol 20mg PO
Amiodarona 20mg PO	Xarelto 15mg PO
Amlodipina 5mg PO	Januvia 100mg PO
Monoket 60mg PO	Insulatard SC 12Unid. PA + 8Unid. Jant.
Actrapid SC SOS	Normacol saquetas SOS

2.5. Plano de cuidados segundo a CIPE®

Foco	Diagnóstico	Intervenções de Enfermagem	Intervenções de Enfermagem realizadas a 7/10/2016
Úlcera de pressão	Baixo risco de úlcera de pressão	<ul style="list-style-type: none"> -Avaliar o risco de úlcera de pressão; -Vigiar sinais de UP; -Avaliar UP; -Executar tratamento à UP; -Vigiar penso da UP; -Avaliar conhecimento do prestador de cuidados sobre prevenção de UP; -Ensinar prestador de cuidados sobre prevenção de UP; -Ensinar prestador de cuidados sobre sinais de UP. 	<ul style="list-style-type: none"> -Avaliado risco de UP através da Escala de Braden (Anexo VII): Score 17 = baixo risco de UP; -Sem sinais de UP; -UP categoria II região sagrada com tecido de epitelização. Realizada limpeza com Soro Fisiológico e aplicação de Betadine® pomada; -Cuidadora apresenta déficit de conhecimentos sobre UP. Ensinados cuidados para prevenir desenvolvimento de UP e quais os sinais de aparecimento de UP.
Movimento muscular	Movimento muscular comprometido em grau moderado (membro inferior)	<ul style="list-style-type: none"> -Avaliar movimento muscular; -Avaliar capacidade para executar técnicas de exercício muscular e articular; -Avaliar conhecimento sobre técnicas de 	<ul style="list-style-type: none"> -Avaliado grau de força muscular de acordo com a Escala de Lower (Anexo II); -Avaliada amplitude articular: apresenta-se diminuída nas articulações escapulo-umeral direita e coxo-femural direita;

	direito)	<p>exercício muscular e articular;</p> <ul style="list-style-type: none"> -Executar exercícios musculares; -Executar técnica de exercitação musculo-articular ativa-assistida; -Executar técnica de exercitação musculartoarticular; -Incentivar exercícios musculares. 	<p>-O Sr. L. apresenta capacidade para executar técnicas de exercício muscular e articular, mas não apresenta conhecimentos sobre tal;</p> <p>-Realizadas mobilizações passivas e ativas-assistidas nos membros superior e inferior direito;</p> <p>-Realizadas mobilizações ativas nos membros superior e inferior esquerdo;</p> <p>-Ensinado e incentivado a realizar mobilizações ativas 2 vezes/dia.</p>
Equilíbrio corporal	Equilíbrio corporal comprometido, em grau moderado	<ul style="list-style-type: none"> -Avaliar equilíbrio corporal; -Executar técnica de posicionamento para promover equilíbrio corporal. 	<p>-O Sr. L. apresenta diminuição do equilíbrio em posição ortostática sem recorrer a dispositivos de apoio;</p> <p>-Realizados exercícios de treino de equilíbrio.</p>
Transferir-se	Transferir-se dependente em grau moderado	<ul style="list-style-type: none"> -Avaliar o transferir-se; -Assistir no transferir-se; -Incentivar a transferir-se; -Instruir a transferir-se com dispositivo; -Transferir; -Avaliar a capacidade para o uso de 	<p>-O Sr. L. não sabe transferir-se corretamente. Foi ensinado a transferir-se e incentivado a fazê-lo;</p> <p>-Foi ensinado a transferir-se com recurso ao andarilho;</p> <p>-Avaliada capacidade para o uso de</p>

		<p>estratégias adaptativas para o transferir-se;</p> <p>-Identificar a necessidade de equipamento adaptativo para o transferir-se;</p> <p>-Avaliar a capacidade para o uso de estratégias adaptativas para o transferir-se;</p> <p>-Incentivar o transferir-se;</p> <p>-Instruir a transferir-se com dispositivo;</p> <p>-Providenciar dispositivos para transferir-se;</p> <p>-Treinar a transferir-se;</p> <p>-Treinar a transferir-se usando dispositivos;</p> <p>-Avaliar a capacidade do prestador de cuidados para transferir/assistir no transferir-se;</p>	<p>estratégias adaptativas para o transferir-se: reduzido;</p> <p>-O Sr. L. já tinha no domicílio andador, cadeira de banho, apoio elevatório para sanitário, barras de apoio lateral junto à sanita;</p> <p>-Pedido à cuidadora que coloca-se uma corda na barra da cama na região dos pés, para o Sr. L. poder agarrar-se à mesma e poder elevar-se do leito para se transferir da posição de deitado no leito para a posição ortostática;</p> <p>-Avaliada capacidade da prestadora de cuidados para transferir/assistir no transferir-se: elevado.</p> <p>-A prestadora de cuidados revela défice na avaliação do grau de dependência do Sr. L.</p>
Andar com auxiliar de marcha	Potencial para melhorar capacidade para	<p>-Avaliar capacidade para andar com auxiliar de marcha;</p> <p>-Avaliar o andar com auxiliar de marcha;</p>	<p>-O Sr. L. demonstra capacidade para andar com andador;</p> <p>-Foi instruído e treinado a andar com</p>

	andar com auxiliar de marcha	<ul style="list-style-type: none"> -Instruir a andar com auxiliar de marcha; -Treinar a andar com auxiliar de marcha; -Avaliar o conhecimento do prestador de cuidados para assistir com o auxiliar de marcha. 	<p>andarilho;</p> <p>-Prestadora de cuidados revela conhecimentos para assistir a marcha com o andarilho, contudo foi necessário ensinar como adaptar o domicílio (disposição dos móveis).</p>
Queda	Alto risco de queda	<ul style="list-style-type: none"> -Avaliar risco de queda; -Baixar cama; -Assistir no andar; -Gerir medidas de segurança; -Executar medidas de segurança; -Negociar cuidados; -Otimizar ambiente físico; -Vigiar complicações dos dispositivos; -Referir queda; -Avaliar conhecimento do prestador de cuidados sobre prevenção de quedas; -Ensinar o prestador de cuidados sobre prevenção de quedas; -Instruir o prestador de cuidados sobre quedas. 	<p>-Avaliado risco de queda através da Escala de Morse (Anexo VI): Score 75 = alto risco de queda;</p> <p>-Avaliado ambiente, nomeadamente disposição dos móveis e espaço da casa;</p> <p>-Pedido à cuidadora para alterar a disposição de algum mobiliário e retirar outro que impede a passagem do Sr. L. com o andarilho;</p> <p>-Prestadora de cuidados demonstrou intenção em baixar as pernas da cama;</p> <p>-Avaliado conhecimento da prestadora de cuidados sobre prevenção de quedas: reduzido;</p> <p>-Reforçada importância de promover um</p>

			ambiente seguro, através da mudança da disposição do mobiliário, uso de calçado antiderrapante, uso de dispositivos de apoio (como as barras laterais junto à sanita), vigiar e auxiliar o Sr. L. nas idas ao WC, nas transferências e na marcha.
Ferida traumática	Ferida traumática	<ul style="list-style-type: none"> -Avaliar ferida traumática; -Vigiar ferida traumática; -Executar tratamento à ferida traumática; -Vigiar penso da Ferida traumática. 	<ul style="list-style-type: none"> -O Sr. L. sofreu uma queda no dia 27/9/2016 no WC, do qual resultou uma ferida traumática na região sagrada; -A 7/10/2016 foi executado o tratamento à ferida, apresentava-se em processo de epitelização. Realizada limpeza com SF e aplicação de Betadine® pomada.
Metabolismo energético	Potencial para melhorar o conhecimento do prestador de cuidados sobre diabetes	<ul style="list-style-type: none"> -Monitorizar glicemia capilar; -Vigiar sinais de hiperglicemia; -Vigiar sinais de hipoglicemia; -Avaliar o conhecimento do prestador de cuidados sobre diabetes; -Ensinar o prestador de cuidados sobre diabetes; -Ensinar o prestador de cuidados sobre 	<ul style="list-style-type: none"> -Prestadora de cuidados apresenta baixo nível de conhecimentos sobre diabetes: sabe fazer o teste da glicemia capilar e administrar insulina SC. Não sabe adequar a dieta e os horários; -Realizados ensinamentos quanto à patologia, sinais de hipoglicemia e hiperglicemia; -Realizados ensinamentos relativos à dieta e

		sinais de hipoglicémia; -Ensinar o prestador de cuidados sobre sinais de hiperglicemia; -Ensinar o prestador de cuidados a tratar a hipoglicémia; -Ensinar o prestador de cuidados na prevenção de hipoglicémia.	horários.
Gestão do regime terapêutico	Gestão do regime terapêutico comprometido	-Avaliar conhecimento do prestador de cuidados sobre regime terapêutico; -Ensinar o prestador de cuidados a gerir o regime medicamentoso; -Ensinar o prestador de cuidados sobre dieta.	-Prestadora de cuidados não demonstra conhecimentos sobre regime dietético adequado para o Sr. L. Realizados ensinamentos relativos à dieta, número e horários de refeições; -Prestadora de cuidados não segue o plano terapêutico de insulina prescrito pelo médico. Aconselhada a contactar médico, devido às oscilações das glicémias capilares. Referiu que irá a consulta de endocrinologia dia 13/10/2016.
Auto-cuidado: higiene	Auto-cuidado: higiene: dependente em	-Avaliar Auto-cuidado: higiene; -Ensinar sobre o auto-cuidado: higiene; -Incentivar sobre o auto-cuidado: higiene;	-Avaliado auto-cuidado higiene: dependente em grau moderado; -A higiene é realizada pela Equipa de Apoio

	grau elevado	<ul style="list-style-type: none"> -Instruir sobre o auto-cuidado: higiene; -Assistir no autocuidado: higiene; -Assistir no autocuidado: higiene da boca; -Ensinar sobre dispositivos para o auto cuidado: higiene; -Supervisionar prestador de cuidados a cuidar da higiene. 	<p>Domiciliário de São Tomás de Aquino;</p> <ul style="list-style-type: none"> -O Sr. L. consegue lavar a face, as mãos, as axilas, os braços e a parte superior do tronco, pentear o cabelo e lavar a placa dentária; -Realizados ensinamentos à cuidadora do Sr. L. relativamente à importância aos cuidados de higiene, uma vez que esta referiu que ao fim-de-semana não são prestados os cuidados pelo apoio domiciliário, e que ela própria também não os presta.
Autocuidado: Vestuário	Autocuidado: Vestuário dependente, em grau elevado	<ul style="list-style-type: none"> -Avaliar Autocuidado: Vestuário; -Assistir no Autocuidado: Vestuário; -Incentivar o Autocuidado: Vestuário. 	<ul style="list-style-type: none"> -O Sr. L. é capaz de vestir/despir a parte de cima, mas por apresentar destreza manual para movimentos finos diminuída, necessita de ajuda para apertar/desapertar, abotoar/desabotar; -Não consegue vestir/despir a parte inferior do corpo, nem calçar/descalçar; -É vestido/despido pela funcionária do apoio domiciliário e pela cuidadora.
Autocuidado:	Autocuidado: Uso	-Avaliar autocuidado: Uso do sanitário;	-O Sr. L. necessita de ajuda para despir a

Uso do sanitário	do sanitário dependente, em grau moderado	<ul style="list-style-type: none"> -Assistir no uso de sanitário; -Instruir o uso do sanitário com dispositivo; -Supervisionar prestador de cuidados a assistir no sanitário. 	<p>parte inferior do corpo e de usar dispositivos de apoio para se sentar/levantar da sanita (barras laterais);</p> <p>-Por nem sempre a cuidadora estar presente quando o Sr. L. necessita ir ao sanitário, foi necessário reforçar a importância da sua presença e supervisão.</p>
Alimentar-se	Alimentar-se dependente, em grau reduzido	<ul style="list-style-type: none"> -Avaliar o alimentar-se; -Supervisionar dieta. 	<p>-Necessário supervisionar dieta por ser desajustada à sua condição de saúde Diabetes;</p> <p>-O Sr. L. é autónomo a alimentar-se. Contudo necessita que a cuidadora prepare e confeccione os alimentos.</p>
Autocuidado: beber	Autocuidado: beber dependente, em grau moderado	<ul style="list-style-type: none"> -Avaliar o autocuidado: beber; -Incentivar o autocuidado: beber. 	<p>-Necessário relembrar ao Sr. L. a importância da ingestão de água, e que deve solicitá-la visto não conseguir adquiri-la autonomamente;</p> <p>-Necessário instruir a cuidadora para fornecer água ao Sr. L. várias vezes ao dia.</p>
Dor	Dor, em grau reduzido, na	-Monitorizar dor através da escala numérica;	-Refere dor durante a marcha. Refere que deitado a dor melhora;

	articulação da anca	<ul style="list-style-type: none"> -Administrar medicação para a dor; -Ensinar sobre a gestão da dor; -Vigiar dor. 	<ul style="list-style-type: none"> -Avaliada dor segundo a Escala Numérica da Dor (Anexo II). Apresentava dor 3 durante a marcha; -Administrado Paracetamol 1gr PO; -Ensinado ao Sr. L. a alternar períodos de repouso no leito com períodos de repouso no cadeirão para alívio da dor.
--	---------------------	---	--

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A realização deste Estudo de Caso permitiu-me rever e aprofundar conhecimentos teórico-práticos de Enfermagem de Reabilitação. O desenvolvimento do Processo de Enfermagem obrigou-me à integração mental dos elementos fundamentais a pesquisar para realizar uma completa avaliação inicial e, a partir daí, desenvolver um plano de cuidados de Reabilitação que dê resposta às necessidades do Sr. L. e da sua cuidadora.

Este Estudo de Caso é rico em aprendizagens, quer específicas de Enfermagem de Reabilitação, quer de relação com a pessoa e cuidador.

“Entrar na casa” da pessoa exige um grande exercício mental da parte do Enfermeiro de Reabilitação. Exige a compreensão do que a pessoa espera de nós enquanto profissionais e do cuidado de enfermagem que pretendemos desenvolver. Exige de nós enfermeiros um treino mental para compreender o que a pessoa quer ou não aprender. Exige o estabelecimento de uma relação terapêutica que tem que ser trabalhada desde o primeiro contacto, para conseguirmos guiar a pessoa na aquisição de comportamentos promotores de saúde e diminuição das suas incapacidades.

Para mim esta é a principal dificuldade na prestação de cuidados de Enfermagem de Reabilitação no domicílio, porque me tem feito questionar as minhas práticas, a minha postura perante a pessoa e cuidador, tem-me feito questionar se determinada intervenção foi a mais correta, além de me exigir criatividade perante a escassez de recursos.

Pretendo, no fim deste Ensino Clínico, completar o Estudo de Caso com as avaliações a realizar ao Sr. L. e o resultado da implementação do plano de cuidados de Reabilitação delineado.

BIBLIOGRAFIA CONSULTADA

- Figueiredo, M. (2012). *Modelo dinâmico de avaliação e intervenção familiar: uma abordagem colaborativa em enfermagem de família*. Loures: Lusociência.
- Hoeman, S. (2011). *Enfermagem de Reabilitação: Prevenção, Intervenção e Resultados Esperados* (4ª ed.) Loures: Lusodidacta.
- Menoita, E. (2012). *Reabilitar a Pessoa Idosa com AVC: Contributos para um envelhecer resiliente*. Loures: Lusociência.
- Ordem dos Enfermeiros. (2011). CIPE® Versão 2 – CLASSIFICAÇÃO INTERNACIONAL PARA A PRÁTICA DE ENFERMAGEM – do original “ICNP® Version 2 – INTERNACIONAL CLASSIFICATION FOR NURSING PRACTICE”
- Ordem dos Enfermeiros (2013). *Guia Orientador de Boas práticas - Cuidados à pessoa com alterações da mobilidade-Posicionamentos, Transferências e Treino de Deambulação*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.
- Stanhope, M. & Lancaster, J. (2011). *Enfermagem de Saúde Pública: Cuidados de Saúde na Comunidade Centrados na População* (7ª ed.) Loures: Lusodidacta.

APÊNDICE III
Estudo de Caso

Mestrado em Enfermagem
Área de Especialização de Enfermagem de
Reabilitação

Estudo de Caso

Luciana Patrícia Meirinhos Pires Rodrigues

Lisboa

2016



Mestrado em Enfermagem
Área de Especialização de Enfermagem de
Reabilitação

Estudo de Caso

Luciana Patrícia Meirinhos Pires Rodrigues

Enf^ª Orientadora: Susana Esteves

Prof. Orientador: Joaquim Cabral Oliveira

Lisboa

2016



Abreviaturas e Siglas

AVC – Acidente Vascular Cerebral

AVD's – Atividades de Vida Diária

CIPE® – Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem

DM - Diabetes Mellitus

DPOC – Doença Pulmonar Crónica Obstrutiva

ECCI – Equipa de Cuidados Continuados Integrados

EEER – Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação

EGA – Equipa de Gestão de Altas

EV - Endovenoso

FA – Fibrilhação Auricular

FC – Frequência Cardíaca

FR – Frequência Respiratória

HTA – Hipertensão arterial

Inal. - Inalatório

OE – Ordem dos Enfermeiros

PA – Pequeno-almoço

PO – per os

SC - Subcutâneo

Sra. - Senhora

TA – tensão Arterial

Tª – Temperatura

UP – Úlcera de Pressão

VNI – Ventilação Não-Invasiva

Índice

INTRODUÇÃO	5
1. PROCESSO DE ENFERMAGEM	6
1.1. Identificação da Pessoa	6
1.2. Situação clínica	6
1.3. Internamento na ECCI	7
1.3.1. Avaliação Inicial dia 21/11/2016	7
1.4. Plano de cuidados segundo a CIPE®	12
CONSIDERAÇÕES FINAIS	21
BIBLIOGRAFIA CONSULTADA	
ANEXOS	
Anexo I - Escala de Glasgow	
Anexo II - Escala de Lower	
Anexo III - Índice de Barthel	
Anexo IV - Índice de Lawton	
Anexo V - Escala de Morse	

INTRODUÇÃO

O presente Estudo de Caso está a ser desenvolvido no âmbito do Ensino Clínico do 7º Curso de Mestrado em Enfermagem, na Área de Especialização de Enfermagem de Reabilitação, na Equipa de Cuidados Continuados Integrados.

Tem como objetivo principal o desenvolvimento de competências gerais de Enfermeira Especialista e, competências específicas de Enfermeira Especialista em Enfermagem de Reabilitação.

Como objetivos específicos:

- O desenvolvimento e aplicação de conhecimentos teórico-práticos de enfermagem de reabilitação;
- Prestação de cuidados especializados à pessoa e cuidador informal, utilizando a metodologia do processo de enfermagem;
- Promoção da integração da pessoa e família no processo de cuidados.

Este estudo de caso encontra-se dividido em duas partes:

- Primeira parte: Processo de Enfermagem, onde é apresentado o histórico de enfermagem, avaliação inicial e plano de cuidados desenvolvido de acordo com a CIPE®;
- Segunda parte: breve conclusão sobre o processo de enfermagem desenvolvido.

Para a construção deste trabalho foi efetuada pesquisa bibliográfica em livros e artigos científicos, bem como documentos publicados pela Ordem dos Enfermeiros.

1. PROCESSO DE ENFERMAGEM

1.1. Identificação da Pessoa

Nome: M.M.P.C.

Data de Nascimento: 15/10/1932

Idade: 83 anos

Sexo: Feminino

Raça: Caucasiano

Nacionalidade: Portuguesa

Estado civil: Solteira

Profissão: Jornalista reformada

Religião: Católica

Agregado Familiar: Vive sozinha. Tem 1 filho.

Cuidador: Empregada

Antecedentes Pessoais: DPOC diagnosticada há 2 meses, Insuficiência cardíaca classe III, HTA há 5 anos, FA paroxística com resposta ventricular rápida, dislipidemia, DM Tipo II há 10 anos, doença renal crónica, status pós-AVC (há 5 e 30 anos) sem défices sequelares, déficit de vitamina D, anemia normocítica normocrómica multifactorial, obesidade, insuficiência venosa dos membros inferiores, ex-fumadora há 5 anos (40 unidades/dia durante 60 anos). Sem alergias.

História Social: Boas condições sócio-económicas; más condições habitacionais: higiene precária, presença de humidade, pouco arejamento.

1.2. Situação clínica

A Sra. M. foi internada no serviço de Medicina IIIC do HPV de 07/11/16 a 18/11/16 por infeção respiratória, insuficiência respiratória, derrame pleural bilateral com apagamento dos ângulos costo-frénicos, insuficiência cardíaca descompensada, doença renal crónica agudizada e DM tipo II descompensada.

À entrada apresentava-se dispneica em repouso, fervores crepitantes nas bases pulmonares e edemas nos membros inferiores Godet +++.

Realizou antibioterapia, perfusão de furosemida, administração de insulina para controlo das glicémias capilares, oxigénio a 2L/min por óculos nasais durante o dia e VNI à noite.

Apresentava úlcera de pressão categoria IV no calcânhar direito.

Após alta foi enviada para o Hospital de Dia de Pneumologia para vigilância.

Foi referenciada para ECCI para acompanhamento no processo de gestão terapêutica, reabilitação respiratória e motora. Encontra-se parcialmente dependente nas AVD's.

1.3. Internamento na ECCI

1.3.1. Avaliação Inicial dia 21/11/2016

Sinais Vitais

TA: 120/65 mmHg

FC: 100 bpm

FR: 34 ciclos/min

T^a: 36,5°

Dor: Sem dor.

Avaliação Subjetiva:

Tosse: Não

Expetoração: Não

Dispneia: Sim

Toracalgia: Não

Avaliação Objetiva:

Inspeção

- Cianose: Não
- Hipocratismo digital: Não
- Tórax
 - Inspeção estática: tórax normolíneo
 - Inspeção dinâmica
 - FR: taquipneia, 34ciclos respiratórios/min em repouso

- Ritmo respiratório: rápido e irregular
- Padrão respiratório: uso dos músculos acessórios da respiração
- Amplitude: superficial
- Simetria: simétrico

Palpação

- Traqueia: encontra-se na linha média.
- Tórax: diminuição da expansão torácica nas faces anterior e posterior da região inferior

Auscultação pulmonar: Murmúrio vesicular audível nos ápices, e diminuído nas bases.

Circulação

Edemas membros inferiores até aos joelhos com sinal de Godet +++.

Tegumentos

Características da pele: Seca.

Características das mucosas: Pálida.

Exame Neurológico

♦ Estado Mental:

• Estado de consciência: Consciente: Score 15 de acordo com a Escala de Glasgow. (Anexo I)

- Estado de orientação: orientado auto e alopsiquicamente
- Atenção: normal
- Memória: mantida
- Capacidades práticas: mantidas
- Comunicação verbal: mantida

♦ Motricidade:

• Força muscular: Avaliada de acordo com a Escala de Lower (Anexo II)

Cabeça e Pescoço: 5/5

Membro superior direito: 5/5

Membro inferior direito: 5/5

Membro superior esquerdo: 5/5

Membro inferior esquerdo: 5/5

- Tônus muscular: Mantido
- Coordenação motora:

Prova indéx-nariz: realiza

Prova calcanhar Joelho: realiza

- Amplitude articular: mantida

♦ **Sensibilidade:**

Sensibilidade superficial (táctil, térmica e dolorosa): mantida.

Sensibilidade profunda (pressão, vibratória, postural): mantida.

♦ **Equilíbrio:**

Equilíbrio estático sentado: sim

Equilíbrio dinâmico sentado: sim

Equilíbrio ortostático estático: sim

Equilíbrio ortostático dinâmico: sim

♦ **Marcha:** Com andarilho.

Acuidade visual

Mantida.

Acuidade auditiva

Mantida.

Padrão Vesical / Intestinal

Sem alterações. Urina e evacua na fralda. Devido à baixa resistência ao esforço não se consegue deslocar até ao WC. Não possui cadeira sanitária.

Nutrição/Alimentação

Cumpre 5 refeições diárias. Alimenta-se autonomamente. Necessita que a cuidadora confeccione os alimentos. As refeições são ricas em hidratos de carbono, açúcar e fritos.

Higiene Pessoal

Dependente. Devido à baixa resistência ao esforço não se consegue deslocar até ao WC para realizar os cuidados de higiene.

Sono e Repouso

Dorme por períodos.

Atividades de Vida Diária

Avaliadas de acordo com a Índice de Barthel (Anexo III): Score 25, Dependente em grau elevado.

Atividades Instrumentais de Vida Diária

Avaliadas de acordo com o Índice de Lawton (Anexo IV): Score 25, Severamente dependente, necessita de muita ajuda.

Risco de Queda

Avaliado de acordo com a Escala de Morse (Anexo V): Score 60, Alto Risco de queda.

Risco de desenvolvimento de Úlceras de Pressão

Avaliado de acordo com a Escala de Braden: Score 18, baixo risco de úlcera de pressão (perceção sensorial: nenhuma limitação = 4 pontos; humidade: pele raramente húmida = 4 pontos; atividade: sentado = 2 pontos; mobilidade: ligeiramente limitado = 3 pontos; nutrição: provavelmente inadequada = 2 pontos; fricção e forças de deslizamento: nenhum problema = 3 pontos).

Úlcera de pressão categoria IV no calcâneo direito, diâmetro 1cmX1cm, com tecido necrosado e exsudado purulento.

Terapêutica de ambulatório

Furosemida 40mg PO (JJ+L)	Alopurinol 100mg PO (J)
Amiodarona 200mg PO (A)	Insulina Lantus SC (22 U PA)
Bisoprolol 2.5mg PO (PA+J)	Spiolto Respimat Inal. (2 puffs manhã)
Amlodipina 5mg PO (PA)	Salbutamol Inal. (4 puffs em SOS até 3x/dia)
Eliquis 2.5mg PO (PA+J)	Brometo Ipatrópio Inal. (4 puffs em SOS até 3x/dia)
Rosuvastatina 10mg PO (J)	Beclometasona Inal. (2 puffs em SOS até 2x/dia)
Esomeprazol 40mg PO (JJ)	

1.4. Plano de cuidados segundo a CIPE®

Data		Foco	Diagnóstico	Objetivo	Intervenções de Enfermagem	Avaliação
Início	Termo					
21/11		Ventilação	Ventilação comprometida	<ul style="list-style-type: none"> -Melhorar capacidade ventilatória -Prevenir produção de secreções, infecções respiratórias; -Corrigir defeitos ventilatórios; -Prevenir falência respiratória. 	<ul style="list-style-type: none"> -Avaliar conhecimento sobre ventilação; -Avaliar capacidade para otimizar a ventilação; -Avaliar conhecimento do prestador de cuidados sobre ventilação; -Avaliar ventilação; -Monitorizar FR; -Vigiar respiração; -Assistir a pessoa a otimizar a ventilação através de dispositivos respiratórios; -Assistir a pessoa a otimizar a ventilação através de técnica respiratória; -Elevar a cabeceira da cama; -Executar técnica de 	<ul style="list-style-type: none"> -Avaliadas Ventilação e respiração (ver colheita de dados). -Avaliado conhecimento sobre ventilação: demonstra conhecimentos sobre complicações do processo patológico, sobre dispositivos respiratórios, inaloterapia e posicionamento terapêutico. Sobre exercícios respiratórios não demonstra conhecimentos. -A Sra. M. realiza VNI no período noturno e oxigénio por óculos nasais a 2L/min no período diurno.

					<p>reeducação diafragmática;</p> <p>-Incentivar a executar técnica respiratória;</p> <p>-Incentivar repouso;</p> <p>-Ensinar sobre a inaloterapia.</p>	<p>-Realizados ensinios sobre inaloterapia.</p> <p>-Realizada técnica de relaxamento para reduzir a tensão psíquica e muscular, facilitando a participação e proporcionando a aquisição do controlo da respiração, diminuindo a sobrecarga muscular.</p> <p>-Ensinação posição de descanso para diminuir o estado de tensão-comprimento do diafragma, restituindo a sua curvatura fisiológica, e descontraír os músculos acessórios da respiração.</p> <p>-Ensinação controlo da respiração e sua</p>
--	--	--	--	--	--	---

						consciencialização, através da dissociação dos tempos respiratórios, com expiração com lábios semi-cerrados; -Treinada respiração diafragmática.
21/11		Metabolismo energético	Potencial para melhorar o conhecimento sobre diabetes	-Que os valores de glicemia capilar permaneçam dentro dos parâmetros normais; -Tomar consciência das consequências do processo patológico; -Adquirir corretos hábitos alimentares.	-Avaliar conhecimento sobre diabetes; -Avaliar o potencial para melhorar o conhecimento; -Monitorizar glicemia capilar; -Ensinar sobre complicações do processo patológico; -Ensinar sobre diabetes; -Ensinar sobre dieta; -Ensinar sobre dispositivos (aparelho de avaliação de glicemia e caneta de	-Apresenta apenas conhecimentos sobre o processo patológico e sinais de hiperglicemia/hipoglicemia; -Realizados ensinamentos sobre as complicações do processo patológico, regime dietético e medicamentoso, auto-administração de insulina; atuação em caso de hiperglicemia/hipoglicemia e auto vigilância.

					insulina); -Ensinar sobre hiperglicemia; -Ensinar sobre hipoglicemia; -Ensinar sobre prevenção de hipoglicemia; -Ensinar sobre processo patológico; -Ensinar sobre regime medicamentoso.	
21/11		Obesidade	Obesidade	-Diminuir índice de massa corporal; -Promover aquisição de comportamentos promotores de saúde.	-Monitorizar altura; -Monitorizar peso corporal; -Monitorizar perímetro abdominal; -Monitorizar índice de massa corporal; -Avaliar conhecimento sobre obesidade; -Ensinar o prestador de cuidados sobre o processo	-Altura: 1,60cm. -Peso: 100Kg; -Perímetro abdominal: 100cm; -Índice de massa corporal: 39. -A Sra. M. tem conhecimentos sobre obesidade. Realizados ensinios sobre dieta

					patológico; -Ensinar o prestador de cuidados sobre complicações.	adequada.
21/11		Posicionar-se	Independente no posicionar-se	-Manter capacidade de se posicionar autonomamente.	-Avaliar o posicionar-se; -Avaliar capacidade do prestador de cuidados para posicionar/assistir no posicionar-se.	-A Sra. M. é capaz de se posicionar sem ajuda. Alterna decúbitos; -Prestadora de cuidados é capaz de auxiliar no posicionamento, sempre que necessário.
21/11		Transferir-se	Transferir-se comprometido	-Ser capaz de se transferir autonomamente.	-Avaliar compromisso no transferir-se; -Avaliar o transferir-se; -Transferir; -Instruir a transferir-se com dispositivo; -Treinar a transferir-se usando dispositivos; -Incentivar a transferir-se.	-Avaliar o transferir-se: erguer-se da posição horizontal com ajuda, consegue mover-se em direção ao bordo da cama, desloca-se da cama para a cadeira com auxílio de uma pessoa e com recurso ao andarilho; -Foi ajudada a transferir-se

						da cama para a cadeira.
21/11		Andar	Andar dependente, em grau elevado	-Recuperar a capacidade de andar.	-Avaliar capacidade para andar.	-Consegue deambular com andarilho. Contudo dá 3 passos e preciso de se sentar por apresentar baixa resistência ao esforço.
21/11		Queda	Alto risco de queda	-Prevenir quedas; -Aquisição de comportamentos preventivos de queda.	-Avaliar risco de queda; -Avaliar conhecimento sobre prevenção de queda; -Gerir medidas de segurança; -Executar medidas de segurança; -Otimizar ambiente físico; -Referir queda; -Avaliar conhecimento do prestador de cuidados sobre prevenção de quedas; -Ensinar o prestador de	-Avaliado Risco de Queda de acordo com a Escala de Morse (Anexo V): Score 60, Alto risco de queda; -Sugerida mudança de disposição de mobiliário; -Prestadora de cuidados não apresenta conhecimentos sobre prevenção de quedas. Realizados ensinamentos relativamente ao mesmo.

					cuidados sobre prevenção de quedas; -Instruir o prestador de cuidados sobre quedas.	
21/11		Úlcera de Pressão	Úlcera de Pressão	-Prevenir desenvolvimento de UP; -Que o prestador de cuidados adquira conhecimentos sobre UP (sinais e tipo de cuidados).	-Avaliar risco de úlcera de pressão; -Avaliar úlcera de pressão; -Executar tratamento da úlcera de pressão; -Vigiar penso da UP; -Vigiar sinais de UP; -Ensinar sobre processo patológico; -Ensinar sobre complicações; -Ensinar prestador de cuidados sobre processo patológico; -Ensinar prestador de cuidados sobre complicações.	-Avaliado risco de úlcera de pressão de acordo com a Escala de Braden (Anexo VII): Score 18 -Úlcera de pressão categoria IV no calcâneo direito, diâmetro 1cmX1cm, com tecido necrosado e exsudado purulento. Executado tratamento à úlcera de pressão: limpeza com soro fisiológico, aplicação de hidrogel e Aquacel® Ag, compressas e ligadura. -Ensinados cuidados para prevenir desenvolvimento

						de UP e quais os sinais de aparecimento de UP.
21/11		Autocuidado: beber	Autocuidado: beber comprometido	-Aumentar a quantidade de água ingerida diariamente; -Que a Sra. M. compreenda a importância da ingestão de água.	-Avaliar o autocuidado: beber; -Incentivar o autocuidado: beber.	-A Sra. M. ingere menos de 500mL de água/dia. Reforçada a importância da ingestão de água e incentivada a ingerir 1.5Litro de água/dia.
21/11		Autocuidado: higiene	Autocuidado: higiene, dependente em grau elevado	-Incentivar a realização dos cuidados de higiene; -Instruir prestadora de cuidados a realizar cuidados de higiene.	-Avaliar Auto-cuidado: higiene; -Incentivar sobre o auto-cuidado: higiene; -Instruir a prestadora de cuidados sobre o auto-cuidado: higiene.	-Devido à baixa resistência ao esforço, não se consegue deslocar até ao WC para os cuidados de higiene. -Instruída prestadora de cuidados para a realização dos cuidados de higiene junto ao leito.
21/11		Gestão do regime	Gestão do regime	-Capacitar para a importância da	-Avaliar conhecimento sobre regime terapêutico;	-A Sra. M. tem conhecimentos sobre

		terapêutico	terapêutico comprometido	adesão ao regime terapêutico; -Adesão ao regime terapêutico.	-Avaliar conhecimento do prestador de cuidados sobre regime terapêutico; -Ensinar o prestador de cuidados a gerir o regime medicamentoso; -Ensinar o prestador de cuidados sobre dieta.	terapêutica e regime dietético, contudo não cumpre, porque ainda não se consciencializou do seu atual estado de saúde. Explicado o seu estado atual de saúde e daí a importância de cumprir o regime terapêutico. -A prestadora de cuidados não apresenta conhecimentos sobre terapêutica e dieta. Realizados ensinamentos relativamente aos mesmos.
--	--	-------------	--------------------------	---	---	--

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A Sra. M. sempre foi uma pessoa autônoma e independente nas tomadas de decisão. Após o internamento ficou dependente nas AVD's.

Apesar da idade, mantém capacidade cognitiva e boa capacidade de compreensão. É uma pessoa com capacidade de participação ativa no processo terapêutico. Contudo, encontra-se ainda em processo de consciencialização do seu estado de saúde, refletindo-se em expectativas irrealistas, manifestadas pelo desejo de voltar ao seu estado de autonomia anterior, como cozinhar, sair à rua.

As necessidades de ensinos identificadas devem incidir, inicialmente, na adesão ao regime terapêutico e nas técnicas de reabilitação respiratória para aumentar a capacidade ventilatória e a resistência ao esforço.

BIBLIOGRAFIA CONSULTADA

- Cordeiro, M. & Menoita, E. (2012). *Manual de Boas Práticas na Reabilitação Respiratória: Conceitos, Princípios e Técnicas*. Loures: Lusociência.
- Hoeman, S. (2011). *Enfermagem de Reabilitação: Prevenção, Intervenção e Resultados Esperados* (4ª ed.) Loures: Lusodidacta.
- Ordem dos Enfermeiros. (2011). CIPE® Versão 2 – CLASSIFICAÇÃO INTERNACIONAL PARA A PRÁTICA DE ENFERMAGEM – do original “ICNP® Version 2 – INTERNACIONAL CLASSIFICATION FOR NURSING PRACTICE

APÊNDICE IV
Estudo de Caso

Mestrado em Enfermagem
Área de Especialização de Enfermagem de
Reabilitação

Estudo de Caso

Luciana Patrícia Meirinhos Pires Rodrigues

Lisboa

2017



Mestrado em Enfermagem
Área de Especialização de Enfermagem de
Reabilitação

Estudo de Caso

Luciana Patrícia Meirinhos Pires Rodrigues

Enf^ª Orientadora: Maria Joaquina Ribeiro

Prof. Orientador: Joaquim Cabral Oliveira

Lisboa

2017

A decorative graphic in the bottom right corner consisting of several overlapping, curved green shapes that resemble stylized waves or a modern logo element.

Abreviaturas e Siglas

AVD's – Atividades de Vida Diária

CIPE® – Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem

FC – Frequência Cardíaca

FR – Frequência Respiratória

Kg - Kilograma

RFR – Reeducação Funcional Respiratória

Rx tórax – Raio-x tórax

SpO₂ – Oximetria de pulso

Sr. - Senhor

TA – Tensão Arterial

TAC – Tomografia Axial Computadorizada

T^a – Temperatura

UMA – Unidades Maço/Ano

URR – Unidade de reabilitação respiratória

VAS – Escala Visual Análoga

Índice

INTRODUÇÃO	5
1. PROCESSO DE ENFERMAGEM	6
1.1. Identificação da Pessoa	6
1.2. Diagnóstico clínico	6
1.3. Exames Auxiliares de Diagnóstico	6
1.4. Ambulatório na URR	7
1.4.1. Avaliação Inicial dia 09/01/2017	7
1.5. Objetivo do programa de RFR	9
1.6. Plano de cuidados segundo a CIPE® versão 2	10

CONSIDERAÇÕES FINAIS	20
-----------------------------	-----------

BIBLIOGRAFIA CONSULTADA

ANEXOS

Anexo I - Escala Visual Analógica

Anexo II - Escala de Borg Modificada

Anexo III - Escala de Glasgow

Anexo IV - Registo do Ensino da Terapêutica Inalatória

Anexo V - Teste de Fagerström adaptado

Anexo VI - Teste de Richmond

INTRODUÇÃO

O presente Estudo de Caso está a ser desenvolvido no âmbito do Ensino Clínico do 7º Curso de Mestrado em Enfermagem, na Área de Especialização de Enfermagem de Reabilitação, na Unidade de Reabilitação Respiratória.

Tem como objetivo principal o desenvolvimento de competências gerais de Enfermeira Especialista e, competências específicas de Enfermeira Especialista em Enfermagem de Reabilitação.

Como objetivos específicos:

- O desenvolvimento e aplicação de conhecimentos teórico-práticos de enfermagem de reabilitação;
- Prestação de cuidados especializados à pessoa e cuidador informal, utilizando a metodologia do processo de enfermagem;
- Promoção da integração da pessoa e família no processo de cuidados.

Este estudo de caso encontra-se dividido em duas partes:

- Primeira parte: Processo de Enfermagem, onde é apresentado o histórico de enfermagem, avaliação inicial e plano de cuidados desenvolvido de acordo com a CIPE®;
- Segunda parte: breve conclusão sobre o processo de enfermagem desenvolvido.

Para a construção deste trabalho foi efetuada pesquisa bibliográfica em livros e artigos científicos, bem como documentos publicados pela Ordem dos Enfermeiros.

1. PROCESSO DE ENFERMAGEM

1.1. Identificação da Pessoa

Nome: C.A.

Data de Nascimento: 01/12/1959

Idade: 57 anos

Sexo: Masculino

Raça: Caucasiano

Nacionalidade: Portuguesa

Estado civil: Solteiro

Profissão: Segurança

Agregado Familiar: Filha e neto

Antecedentes Pessoais: Fumador de 40UMA desde os 17 anos.

Atualmente fuma 4cigarros/dia. Alergia à penicilina.

1.2. Diagnóstico clínico

Enfisema pulmonar centrolobular e parasseptal bilateral.

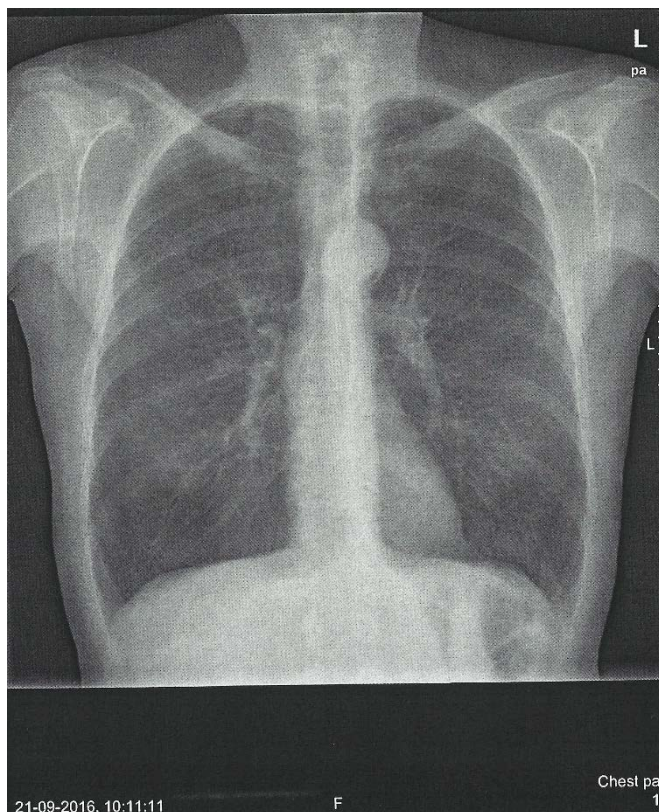
1.3. Exames Auxiliares de Diagnóstico

Rx tórax (09/2016)

TAC Tórax (04/2016 e 07/2016)

Provas de função respiratória: FEV1 79% (05/2016)

Prova de marcha 6' (01/2017)



No Rx tórax observa-se o diafragma retificado e os espaços intercostais horizontalizados e alargados. Este Rx apresenta características imagiológicas compatíveis com o diagnóstico de DPOC.

1.4. Ambulatório na URR

1.4.1. Avaliação Inicial dia 09/01/2017

Sinais Vitais

TA: 137/86 mmHg

FC: 68 bpm

FR: 25 ciclos/min

SpO₂: 96% ar ambiente

T^a: 36,5°

Dor: VAS 0 (Escala Visual Analógica – Anexo I)

Avaliação Subjetiva:

Tosse: Sim

Expetoração: Sim. Muco-purulenta amarelada, em quantidade moderada.

Toracalgia: Não

Dispneia: 0 (Escala de Borg Modificada – Anexo II)

Cansaço: 4 (Escala de Borg Modificada - Anexo II)

Avaliação Objetiva:

Inspeção

- Cianose: Não
- Hipocratismo digital: Não
- Tórax
 - Inspeção estática: tórax normolíneo
 - Inspeção dinâmica
 - FR: 25 ciclos/min
 - Ritmo respiratório: regular
 - Padrão respiratório: torácico
 - Amplitude: superficial
 - Simetria: simétrico

Palpação

- Traqueia: encontra-se na linha média.
- Tórax: diminuição da expansão torácica nas faces anterior e posterior da região inferior.

Auscultação pulmonar: Murmúrio vesicular globalmente diminuído. Sibilos na expiração, nos 1/3 inferiores bilaterais.

Exame Neurológico

♦ Estado Mental:

- Estado de consciência: Consciente: Score 15 de acordo com a Escala de Glasgow. (Anexo III)
- Estado de orientação: orientado auto e alopsiquicamente
- Atenção: normal
- Memória: mantida
- Comunicação verbal: mantida

Terapêutica

- Indacaterol + brometo de glicopirrônio (Breezhaler®) 1x/dia
- Miflonide (Aerolizer®) 1+1
- Fez vacinas da gripe e pneumocócica

Prescrição médica durante o programa de reeducação funcional respiratória

Aerossol com soro fisiológico + Atrovent + Fluimucil.

1.5. Objetivo do programa de RFR:

- Drenagem de secreções brônquicas;
- Desinsuflação, para restituir a curvatura fisiológica do diafragma e dos arcos costais, e minimizar a utilização da musculatura acessória;
- Prevenir agudizações e progressiva deterioração da função ventilatória.

1.6. Plano de cuidados segundo a CIPE® versão 2

Data	Foco	Diagnóstico	Objetivo	Intervenções de Enfermagem	Avaliação
09/01	Conhecimento sobre o processo patológico	Conhecimento sobre o processo patológico, não demonstrado	-Compreender o processo patológico, para ser capaz de adotar comportamentos de procura de saúde, nomeadamente evicção tabágica e adesão ao regime terapêutico.	-Avaliar conhecimento sobre processo patológico; -Ensinar sobre processo patológico, através do uso de material didático, realização de ação de formação e fornecimento de folhetos.	09/01 -Não compreende o processo patológico. 25/01 -Após realização da ação de formação compreendeu o processo patológico.
09/01	Ventilação	Ventilação comprometida	-Melhorar capacidade ventilatória; -Melhorar tolerância ao esforço; -Prevenir dispneia; -Prevenir exacerbações.	-Explicar importância e finalidade do programa de reabilitação respiratória; -Advogar sobre os benefícios do programa de reabilitação respiratória; -Monitorizar saturações de oxigénio; -Avaliar as características da respiração;	-O Sr. C. A. apresentou ao longo do programa SpO ₂ dentro dos parâmetros normais; -Auscultação

				<p>-Auscultar o tórax;</p> <p>-Observar exames complementares de diagnóstico (Rx tórax);</p> <p>-Treinar técnica respiratória:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Posição de descanso e relaxamento; 2. Dissociação dos tempos respiratórios (inspirando pelo nariz como se cheirasse uma flor e expirando com os lábios semi-cerrados como se soprasse as velas); <p>-Supervisionar técnica respiratória;</p> <p>-Treinar técnica de reeducação abdomino-diafragmática com ênfase na expiração:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Porção posterior com resistência; 2. Hemicúpula esquerda; 3. Hemicúpula direita; <p>-Supervisionar técnica de</p>	<p>pulmonar no início do tratamento:</p> <p>Murmúrio vesicular globalmente diminuído. Sibilos na expiração, nos 1/3 inferiores bilaterais.</p> <p>-Auscultação pulmonar dia 08/02:</p> <p>Murmúrio vesicular globalmente diminuído. Sem ruídos adventícios.</p> <p>-Observado Rx tórax. Discussão sobre os achados radiológicos no capítulo 1.3.</p> <p>-O Sr. C.A. cumpriu o programa de RFR</p>
--	--	--	--	--	---

				reeducação abdomino-diafragmática; -Treinar técnica de reeducação costal: 1. Global com bastão; 2. Seletivo esquerdo com abdução do membro superior; 3. Seletivo da porção antero-lateral esquerda com resistência; 4. Seletivo direito com abdução do membro superior; 5. Seletivo da porção antero-lateral direita com resistência; 6. Seletivo da porção inferior com compressão na fase expiratória; -Supervisionar técnica de reeducação costal.	descrito, sem dificuldade.
09/01	Expetoração	Presença de expetoração	-Eliminar expetoração	-Vigiar expetoração; -Avaliar características da expetoração;	-Em todas as sessões do programa de RFR

				-Administrar aerossol (de acordo com prescrição médica); -Executar técnica de drenagem postural modificada associada a manobras acessórias (percussão, vibrocompressão).	apresentou expectoração em quantidade moderada, espessa, muco-purulenta.
09/01	Tossir	Tossir	-Aprender a técnica da tosse; -Facilitar a eliminação de expectoração.	-Ensinar sobre a finalidade da tosse, suas fases e seus mecanismos desencadeadores; -Advogar sobre as vantagens de uma tosse bem executada; -Instruir sobre a técnica da tosse dirigida: <ol style="list-style-type: none"> 1. Posição sentada, com os pés apoiados e ligeiramente afastados; 2. Inspirar pelo nariz como se cheirasse uma flor; 3. Inclinar para a frente e comprimindo o abdómen com os membros superiores, tossir 	09/01 -Compreende a finalidade da tosse e executa corretamente a técnica da tosse dirigida.

				com a boca aberta; -Treinar a técnica da tosse dirigida.	
09/01	Adesão	Adesão ao regime terapêutico comprometido	<p>-Ensinar sobre o regime terapêutico (alimentação, hidratação, terapêutica inalatória, evicção tabágica, técnicas de reeducação abdomino-diafragmática e costal no domicílio);</p> <p>-Capacitar para a importância da adesão ao regime terapêutico;</p> <p>-Adesão ao regime terapêutico.</p>	<p>-Avaliar conhecimento sobre regime terapêutico;</p> <p>-Instruir sobre correta alimentação e hidratação;</p> <p>-Instruir sobre estratégias adaptativas para realizar reeducação abdomino-diafragmática e costal no domicílio (pacote de 1Kg de arroz para reeducação abdomino-diafragmática com resistência; cabo da vassoura para abertura costal global);</p> <p>-Instruir sobre a técnica de administração da sua terapêutica inalatória (Inaladores de pó seco por sistema de cápsula: Breezhaler® e Aerolizer®:</p> <p>1. Retirar o protetor que cobre o inalador;</p>	<p>09/01</p> <p>-Apresenta déficit de conhecimentos sobre terapêutica inalatória;</p> <p>-Explicada a importância e finalidade da terapêutica inalatória;</p> <p>-Instruído sobre a técnica de administração da terapêutica inalatória.</p> <p>-Avaliado grau de dependência do tabaco através do Teste de</p>

				<p>2. Colocar a cápsula na base do dispositivo e fechá-la;</p> <p>3. Carregar na patilha para perfurar a cápsula;</p> <p>4. Expirar lentamente, mantendo o inalador afastado da boca;</p> <p>5. Colocar o dispositivo na horizontal;</p> <p>6. Colocar o bucal entre os dentes e fechar os lábios à volta do mesmo;</p> <p>7. Inspirar profundamente;</p> <p>8. Repetir o procedimento até verificar que a cápsula está vazia;</p> <p>9. Fechar o dispositivo e guardar em local seco;</p> <p>10. Lavar a boca com água após inalação de corticóide;</p> <p>-Instruir sobre a correta ordem de administração dos vários inaladores;</p>	<p>Fagerström adaptado: 6 - dependência média;</p> <p>-Avaliado o grau de motivação para deixar de fumar através do Teste de Richmond: 8 - motivação moderada;</p> <p>-Explicada importância da evicção tabágica e ensinadas estratégias para adesão à mesma. Apesar de compreender a importância da cessação tabágica, o Sr. C.A. mostrou</p>
--	--	--	--	---	--

				<p>-Treinar a técnica de administração da terapêutica inalatória;</p> <p>-Avaliar regularmente a execução da técnica de administração da terapêutica inalatória, através da aplicação do “Registo de Ensino da Terapêutica Inalatória” (Anexo IV);</p> <p>-Avaliar grau de dependência do tabaco através da aplicação do Teste de Fagerström adaptado (Anexo V);</p> <p>-Avaliar o grau de motivação para deixar de fumar através da aplicação do Teste de Richmond (Anexo VI);</p> <p>-Explicar a importância da evicção tabágica.</p> <p>-Incentivar a evicção tabágica;</p> <p>-Negociar estratégias de adesão à evicção tabágica:</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Abstinência total em vez de redução contínua de nº de cigarros; 	<p>pouca vontade em deixar de fumar.</p> <p>25/01</p> <p>-Realizada formação sobre terapêutica inalatória e praticada a sua administração.</p> <p>-Após ação de formação, avaliada capacidade em executar a técnica de administração da terapêutica inalatória. Sabe executar a técnica corretamente.</p>
--	--	--	--	---	---

				<ul style="list-style-type: none"> ○ Pode frequentar as consultas de cessação tabágica existentes no hospital; ○ Evitar estar perto de outros fumadores ou em áreas públicas de fumadores; ○ Se sentir desejo de fumar, mastigar uma pastilha; ○ Atualmente existe terapêutica de substituição que pode ajudar no abandono do tabaco; ○ Conversar com alguém que já tenha passado pela experiência de deixar de fumar e partilhar angústias e dificuldades. 	
--	--	--	--	--	--

06/02	Conservação de energia	Conservação de energia	<p>-Aprender técnicas de conservação de energia;</p> <p>-Gerir a energia despendida nas atividades de vida diária e profissional.</p>	<p>-Instruir sobre técnicas de conservação de energia, como:</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Controlar a respiração durante o desempenho das atividades: inspirar enquanto realiza o movimento menos cansativo e expirar quando realiza o movimento mais cansativo; ○ Realizar as tarefas mais cansativas no período do dia que tem mais energia; ○ Alternar entre tarefas leves e cansativas ao longo do dia; ○ Sentar-se para tomar banho, limpar-se ou apertar os cordões dos sapatos; ○ Dispor o material frequentemente utilizado para as AVD's em locais de fácil acesso (entre a altura dos ombros e da cintura); 	<p>-O Sr. C.A. referiu maior dificuldade em carregar uma bilha de gás, calçar os sapatos e tomar banho. Ensinadas técnicas de conservação de energia.</p>
--------------	------------------------	------------------------	---	--	---

				<ul style="list-style-type: none"> ○ Ao andar e transportar objetos, agarrá-los com as duas mãos com os braços junto ao tronco. 	
--	--	--	--	--	--

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O Sr. C.A. é uma pessoa com potencial para cumprir o plano de reeducação funcional respiratória. Contudo, devido às baixas condições socio-económicas e dificuldade de dispensa do emprego para frequentar as sessões de tratamento, não cumpriu assiduamente o seu programa de RFR, dificultando o desenvolvimento de um plano de cuidados o mais completo possível para a sua situação clínica.

Estes fatores dificultam a adesão ao regime terapêutico que, a longo prazo, se pode traduzir em episódios de agudização com agravamento progressivo da doença.

Embora, o Sr. C.A. execute corretamente os exercícios de reeducação abdomino-diafragmática e costal, bem como a terapêutica inalatória, estas atitudes terapêuticas por si só não são suficientes para minimizar as complicações associadas à doença. Tentei que o Sr. C.A. compreende-se a urgência da evicção tabágica, cumprisse com regularidade as sessões de reeducação funcional respiratória, e utilizasse técnicas de conservação de energia no seu dia-a-dia, de modo a minimizar o cansaço sentido e a melhorar a sua capacidade pulmonar funcional, para que desempenhe as suas atividades de vida diária e profissionais com o menor esforço possível.

BIBLIOGRAFIA CONSULTADA

- Cordeiro, M. & Menoita, E. (2012). *Manual de Boas Práticas na Reabilitação Respiratória: Conceitos, Princípios e Técnicas*. Loures: Lusociência.
- Cordeiro, M. (2014). *Terapêutica Inalatória: Princípios, Técnica de inalação e Dispositivos inalatórios*. Loures: Lusodidacta.
- Hoeman, S. (2011). *Enfermagem de Reabilitação: Prevenção, Intervenção e Resultados Esperados* (4ª ed.) Loures: Lusodidacta.
- Ordem dos Enfermeiros. (2011). CIPE® Versão 2 – CLASSIFICAÇÃO INTERNACIONAL PARA A PRÁTICA DE ENFERMAGEM – do original “ICNP® Version 2 – INTERNACIONAL CLASSIFICATION FOR NURSING PRACTICE”

APÊNDICE V
Estudo de Caso

Mestrado em Enfermagem
Área de Especialização de Enfermagem de
Reabilitação

Estudo de Caso

Luciana Patrícia Meirinhos Pires Rodrigues

Lisboa

2017

A decorative graphic in the bottom right corner of the page, featuring several overlapping, curved green shapes that resemble stylized waves or leaves.

Mestrado em Enfermagem
Área de Especialização de Enfermagem de
Reabilitação

Estudo de Caso

Luciana Patrícia Meirinhos Pires Rodrigues

Enf^ª Orientadora: Maria Joaquina Ribeiro

Prof. Orientador: Joaquim Cabral Oliveira

Lisboa

2017

A decorative graphic in the bottom right corner of the page. It consists of several thick, curved green lines that sweep upwards and to the right, creating a sense of movement and flow. The lines are in different shades of green, ranging from a light, vibrant green to a darker, more muted green.

Abreviaturas e Siglas

AVD's – Atividades de Vida Diária

CIPE® – Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem

FC – Frequência Cardíaca

FR – Frequência Respiratória

HTA – Hipertensão Arterial

Kg - Kilograma

RFR – Reeducação Funcional Respiratória

RT - Radioterapia

Rx tórax – Raio-x tórax

SpO₂ – Oximetria de pulso

Sra. - Senhora

TA – Tensão Arterial

TAC – Tomografia Axial Computadorizada

T^a – Temperatura

UMA – Unidades Maço/Ano

URR – Unidade de reabilitação respiratória

VAS – Escala Visual Análoga

Índice

INTRODUÇÃO	5
1. PROCESSO DE ENFERMAGEM	6
1.1. Identificação da Pessoa	6
1.2. Diagnóstico clínico	6
1.3. Exames Auxiliares de Diagnóstico	6
1.4. Ambulatório na URR	8
1.4.1. Avaliação Inicial dia 09/01/2017	8
1.5. Objetivo do programa de RFR	9
1.6. Limitações para o programa de RFR	10
1.7. Plano de cuidados segundo a CIPE® versão 2	11
CONSIDERAÇÕES FINAIS	19
BIBLIOGRAFIA CONSULTADA	
ANEXOS	
Anexo I - Escala Visual Analógica	
Anexo II - Escala de Borg Modificada	
Anexo III - Escala de Glasgow	

INTRODUÇÃO

O presente Estudo de Caso está a ser desenvolvido no âmbito do Ensino Clínico do 7º Curso de Mestrado em Enfermagem, na Área de Especialização de Enfermagem de Reabilitação, na Unidade de Reabilitação Respiratória.

Tem como objetivo principal o desenvolvimento de competências gerais de Enfermeira Especialista e, competências específicas de Enfermeira Especialista em Enfermagem de Reabilitação.

Como objetivos específicos:

- O desenvolvimento e aplicação de conhecimentos teórico-práticos de enfermagem de reabilitação;
- Prestação de cuidados especializados à pessoa e cuidador informal, utilizando a metodologia do processo de enfermagem;
- Promoção da integração da pessoa e família no processo de cuidados.

Este estudo de caso encontra-se dividido em duas partes:

- Primeira parte: Processo de Enfermagem, onde é apresentado o histórico de enfermagem, avaliação inicial e plano de cuidados desenvolvido de acordo com a CIPE®;
- Segunda parte: breve conclusão sobre o processo de enfermagem desenvolvido.

Para a construção deste trabalho foi efetuada pesquisa bibliográfica em livros e artigos científicos, bem como documentos publicados pela Ordem dos Enfermeiros.

1. PROCESSO DE ENFERMAGEM

1.1. Identificação da Pessoa

Nome: G. M.

Data de Nascimento: 24/07/1937

Idade: 79 anos

Sexo: Feminino

Raça: Caucasiano

Nacionalidade: Portuguesa

Estado civil: Casada

Profissão: Reformada

Religião: Católica

Agregado Familiar: Marido

Antecedentes Pessoais: HTA, Tuberculose pulmonar aos 6 anos, hérnia do hiato esofágico, aneurisma cerebral, neoplasia da mama direita operada em 08/15 + RT.

1.2. Diagnóstico clínico

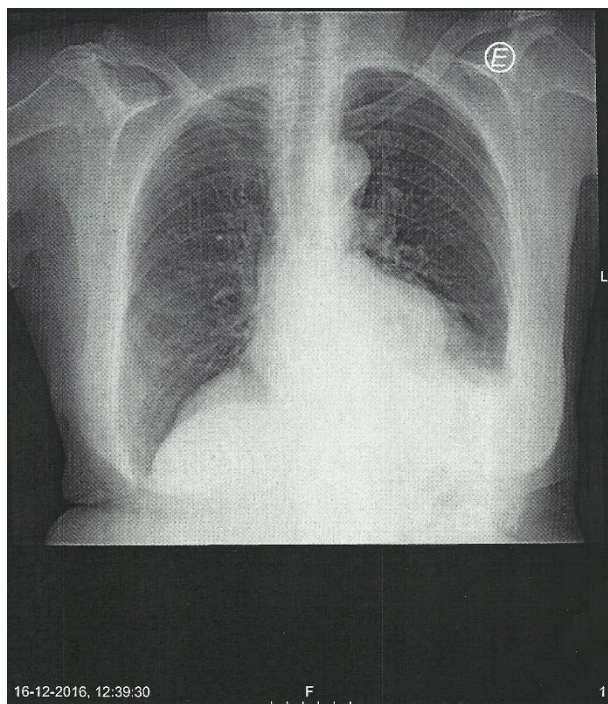
Derrame pleural à esquerda secundário a fratura de costelas decorrente de queda da própria altura em 22/11/16.

1.3. Exames Auxiliares de Diagnóstico

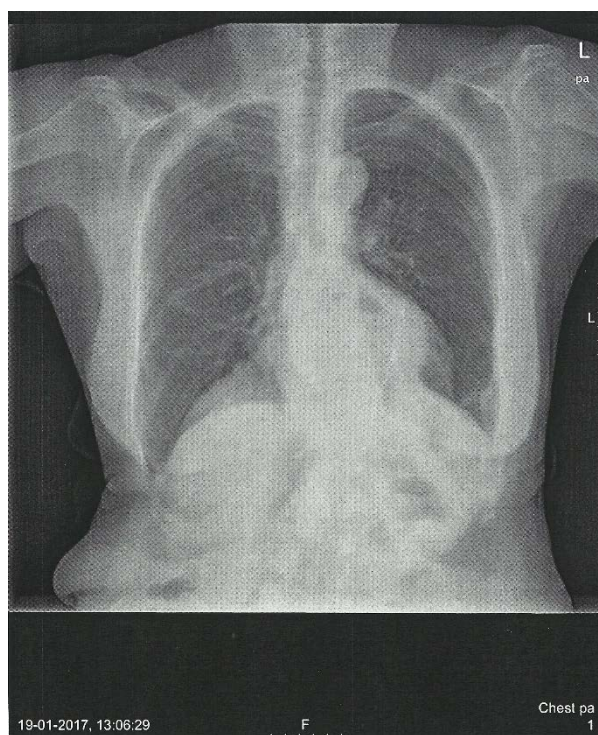
Rx tórax (16/12/16 e 19/01/17)

TAC Tórax (12/2016)

Toracocentese (29/12/16) – sedimento de aspeto reativo; negativo para células neoplásicas.



No Rx Tórax inicial visualizam-se apagamento dos seios costofrénicos, mais acentuado à esquerda (Sinal de Demoiseau), apagamento do seio cardiofrénico direito, elevação das hemicúpulas diafragmáticas e ligeiro desvio da traqueia para a direita.



No Rx Tórax, no fim do programa de reeducação funcional respiratória, observa-se os seios costofrénicos e cardiofrénicos, traqueia centrada.

1.4. Ambulatório na URR

1.4.1. Avaliação Inicial dia 09/01/2017

Sinais Vitais

TA: 140/80 mmHg

FC: 70 bpm

FR: 20 ciclos/min

SpO₂: 96% ar ambiente

T^a: 36,5°

Dor: VAS 3 (Escala Visual Analógica – Anexo I)

Avaliação Subjetiva:

Tosse: Não

Expetoração: Não

Toracalgia: Sim

Dispneia: 0,5 (Escala de Borg Modificada – Anexo II)

Cansaço: 2 (Escala de Borg Modificada - Anexo II)

Avaliação Objetiva:

Inspeção

- Cianose: Não
- Hipocratismo digital: Não
- Tórax
 - Inspeção estática: tórax normolíneo
 - Inspeção dinâmica
 - FR: 20 ciclos/min
 - Ritmo respiratório: regular
 - Padrão respiratório: torácico
 - Amplitude: superficial
 - Simetria: simétrico

Palpação

- Traqueia: desvio da traqueia para a direita.

- Tórax: diminuição da expansão torácica nas faces anterior e posterior da região inferior.

Auscultação pulmonar: Murmúrio vesicular globalmente diminuído. Atrito pleural no 1/3 inferior do hemitórax esquerdo.

Exame Neurológico

♦ Estado Mental:

- Estado de consciência: Consciente: Score 15 de acordo com a Escala de Glasgow. (Anexo III)

- Estado de orientação: orientado auto e alopsiquicamente
- Atenção: normal
- Memória: mantida
- Comunicação verbal: mantida

Terapêutica

- Daflon
- Prizide
- Esomeprazol
- Cipralex
- Brumalex
- Tromalyt
- Cetrazol

Prescrição médica durante o programa de reeducação funcional respiratória

Aerossol com soro fisiológico + Fluimucil.

1.5. Objetivo do programa de RFR

- Impedir a formação de aderências, que limitam a excursão torácica e diafragmática;

- Corrigir posições anti-álgicas defeituosas e suas consequências, tais como deformações posturais com escoliose e retração do hemitórax, limitação da mobilidade articular do ombro e coluna e atrofias musculares;
- Drenagem de secreções brônquicas.

1.6. Limitações para o programa de RFR

- Hérnia do hiato esofágico;
- HTA;
- Aneurisma cerebral;
- Anti-agregação plaquetária;
- Fratura de costelas ainda não consolidada.

1.7. Plano de cuidados segundo a CIPE® versão 2

Data	Foco	Diagnóstico	Objetivo	Intervenções de Enfermagem	Avaliação
09/01	Conhecimento sobre o processo patológico	Conhecimento sobre o processo patológico, não demonstrado	-Compreender o processo patológico, para ser capaz de adotar comportamentos de procura de saúde.	-Avaliar conhecimento sobre processo patológico; -Ensinar sobre processo patológico.	-Compreendeu o processo patológico, após explicação do mesmo, o que permitiu uma boa adesão às sessões de reabilitação respiratória.
09/01	Ventilação	Ventilação comprometida	-Melhorar capacidade ventilatória; -Melhorar tolerância ao esforço; -Prevenir dispneia; -Promover reabsorção do derrame pleural.	-Explicar a importância e finalidade do programa de reabilitação respiratória; - Advogar sobre os benefícios do programa de reabilitação respiratória; -Monitorizar saturações de oxigénio; -Avaliar as características da respiração; -Auscultar o tórax;	-A Sra. G. apresentou ao longo do programa SpO ₂ dentro dos parâmetros normais; -Auscultação pulmonar no início do tratamento:

				<p>-Observar exames complementares de diagnóstico (Rx tórax);</p> <p>-Treinar técnica respiratória:</p> <p>3. Posição de descanso e relaxamento;</p> <p>4. Dissociação dos tempos respiratórios (inspirando pelo nariz como se cheirasse uma flor e expirando com os lábios semi-cerrados como se soprasse as velas);</p> <p>-Supervisionar técnica respiratória;</p> <p>-Treinar técnica de reeducação abdomino-diafragmática com ênfase na inspiração:</p> <p>4. Porção posterior com resistência;</p> <p>5. Hemicúpula esquerda;</p> <p>6. Hemicúpula direita;</p> <p>-Supervisionar técnica de reeducação abdomino-diafragmática;</p>	<p>Murmúrio vesicular globalmente diminuído. Atrito pleural no 1/3 inferior do hemitórax esquerdo.</p> <p>-Auscultação pulmonar no fim do tratamento:</p> <p>Murmúrio vesicular globalmente mantido. Sem ruídos adventícios.</p> <p>-Observados Rx tórax do início e fim do tratamento.</p> <p>Discussão sobre os achados radiológicos no capítulo 1.3.</p>
--	--	--	--	---	---

				<p>-Treinar técnica de reeducação costal:</p> <ol style="list-style-type: none"> 7. Global com bastão; 8. Seletivo esquerdo com abdução do membro superior; 9. Seletivo da porção antero-lateral esquerda com resistência; 10. Seletivo direito com abdução do membro superior; 11. Seletivo da porção antero-lateral direita com resistência; 12. Com carga em frente ao espelho quadriculado, combinando abertura costal com correção postural. <p>-Supervisionar técnica de reeducação costal;</p> <p>-Instruir técnica de terapêutica de posição (decúbito lateral sobre o lado são);</p>	<p>-A Sra. G cumpriu o programa de reeducação respiratória descrito, com aumento progressivo de carga. Inicialmente com alguma dor pleurítica, que progressivamente diminuiu.</p> <p>-Avaliada dispneia e cansaço de acordo com a Escala de Borg Modificada (Anexo II) no início (09/01/17) 0,5 e no final (20/1/17) 0; Cansaço: no início (09/01/17) 2 e no</p>
--	--	--	--	---	--

				<ul style="list-style-type: none"> -Instruir técnica de correção postural em frente ao espelho quadriculado; - Supervisionar técnica de correção postural em frente ao espelho quadriculado. 	final (20/1/17) 3. O cansaço aumentou devido aos tratamentos de RT.
09/01	Expetoração	Presença de expetoração	-Eliminar expetoração	<ul style="list-style-type: none"> -Vigiar expetoração; -Avaliar características da expetoração; -Administrar aerossol (de acordo com prescrição médica); -Executar técnica de drenagem postural modificada sem associação de manobras acessórias, devido às contra-indicações. 	<ul style="list-style-type: none"> -Inicialmente apresentou expetoração mucopurulenta em pequena quantidade. -Antes de cada sessão de tratamento realizava aerossol com soro fisiológico + fluimucil. -Ao fim de 5 sessões, já não apresentava expetoração.

09/01	Tossir	Tossir	-Tossir eficazmente para eliminar as secreções brônquicas.	-Ensinar sobre a finalidade da tosse, suas fases e seus mecanismos desencadeadores; -Advogar sobre as vantagens de uma tosse bem executada; -Instruir sobre a técnica da tosse dirigida: 4. Posição sentada, com os pés apoiados e ligeiramente afastados; 5. Inspirar pelo nariz como se cheirasse uma flor; 6. Inclinar para a frente e comprimindo o abdômen com os membros superiores, tossir com a boca aberta; -Treinar a técnica da tosse dirigida.	-Compreende a finalidade da tosse e, após ensinada, executa corretamente a técnica da tosse dirigida.
09/01	Adesão	Adesão ao regime terapêutico comprometido	-Ensinar sobre o regime terapêutico (técnicas de reeducação abdomino-diafragmática e costal	-Avaliar conhecimento sobre regime terapêutico; -Ensinar sobre estratégias adaptativas para realizar reeducação	- A Sra. G. realiza corretamente a espirometria de incentivo. Em todas

			<p>no domicílio, terapêutica de posição, espirômetro de incentivo);</p> <p>-Capacitar para a importância da adesão ao regime terapêutico;</p> <p>-Adesão ao regime terapêutico.</p>	<p>abdomino-diafragmática e costal no domicílio (pacote de 1Kg de arroz para reeducação abdomino-diafragmática com resistência; cabo da vassoura para abertura costal global);</p> <p>-Instruir sobre a técnica de terapêutica de posição;</p> <p>-Instruir sobre a técnica de uso do espirômetro de incentivo:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Em posição sentada, colocar o espirômetro na vertical à altura dos olhos para visualizar melhor o êmbolo do espirômetro. 2. Realizar uma expiração forçada; 3. Cerrar os lábios em torno do bocal para evitar fugas de ar 4. Inspirar lenta e profundamente até atingir a capacidade 	<p>as sessões de tratamento realizou treino com o espirômetro. Foi, também, incentivada a fazê-la no domicílio (referia que não fazia em casa).</p>
--	--	--	---	--	---

				inspiratória máxima; 5. Aguentar 3 segundos a pausa inspiratória, para forçar a abertura do pulmão; 6. Repetir 10-15 vezes.	
09/01	Bem-estar psicológico	Bem-estar psicológico, comprometido	-Diminuir sintomas depressivos; -Melhorar bem-estar psicológico; -Aumentar motivação.	-Estabelecer relação empática e de confiança; -Escutar ativamente; -Encorajar a expressão de sentimentos; -Envolver o marido no processo de recuperação.	-Inicialmente a Sra. G. apresentava sintomas depressivos, como desmotivação, contrariedade, dificuldade de relacionamento com os profissionais de saúde. À medida que se foram aplicando as estratégias descritas, conseguiu estabelecer uma

					relação de parceria com os profissionais, aumentando a motivação e o empenho no programa de reabilitação.
--	--	--	--	--	---

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O programa de reeducação funcional respiratória da Sra. G. foi desenvolvido em função da patologia a tratar, mas também teve em conta as limitações funcionais da pessoa decorrentes do processo natural de envelhecimento e dos antecedentes pessoais. Os resultados obtidos no fim do programa foram a melhoria clínica e a restituição da capacidade funcional pulmonar.

Para além das limitações funcionais, também a nível psicológico foram detetadas alterações. No início do programa, a Sra. G. apresentava um quadro depressivo derivado da sua situação clínica, manifestado por contrariedade, desmotivação e barreira ao relacionamento com os profissionais. Esta barreira foi sendo quebrada, à medida que se foi estabelecendo uma relação empática e de confiança. Contudo, o principal fator de diminuição deste síndrome depressivo, foi a melhoria sintomatológica progressiva sentida pela utente, manifestada por bom humor e empatia com os profissionais.

Apesar de todas estas contrariedades e limitações, a Sra. G. foi sempre colaborante, e o acompanhamento diário do marido encorajou-a a persistir e não desistir da sua recuperação.

A evidência clínica de resolução do derrame pleural provou que o programa de reeducação funcional respiratória foi eficaz, quer a nível funcional através do aumento capacidade ventilatória, melhoraria da tolerância ao esforço e reabsorção do derrame pleural, quer a nível emocional através da melhoria do estado de humor.

BIBLIOGRAFIA CONSULTADA

- Cordeiro, M. & Menoita, E. (2012). *Manual de Boas Práticas na Reabilitação Respiratória: Conceitos, Princípios e Técnicas*. Loures: Lusociência.
- Hoeman, S. (2011). *Enfermagem de Reabilitação: Prevenção, Intervenção e Resultados Esperados* (4ª ed.) Loures: Lusodidacta.
- Ordem dos Enfermeiros. (2011). CIPE® Versão 2 – CLASSIFICAÇÃO INTERNACIONAL PARA A PRÁTICA DE ENFERMAGEM – do original “ICNP® Version 2 – INTERNACIONAL CLASSIFICATION FOR NURSING PRACTICE”

APÊNDICE VI

1º Jornal de aprendizagem

1º JORNAL DE APRENDIZAGEM

Iniciei o ensino clínico na ECCI do ACES Lisboa Norte. Como sempre trabalhei em contexto hospitalar, atualmente em Bloco Operatório, o meu primeiro pensamento foi “Como me irei sentir num contexto de trabalho totalmente diferente daquele com o qual contacto diariamente? Adaptar-me-ei?”

O primeiro impacto foi positivo, uma vez que fui muito bem acolhida pela equipa da ECCI, em especial pela minha orientadora. Depois de uma longa conversa onde ela me transmitiu qual o objetivo da ECCI e me deu uma panorâmica geral do trabalho desenvolvido por esta equipa e das dificuldades quer estruturais, quer humanas que enfrentam diariamente, percebi que teria um grande desafio pela frente.

Quando falo em desafio refiro-me à capacidade de mudar a minha forma de pensar enquanto enfermeira prestadora de cuidados em cuidados de saúde primários.

No bloco operatório trabalho num ambiente controlado, em constante interação com a equipa multidisciplinar, onde a interdependência se torna um fator intrínseco. O meu pensamento foi moldado para antever. Antever procedimentos de risco, antever emergências intra-operatórias, antever as necessidades dos cirurgiões, antever o material cirúrgico necessário para cada cirurgia...

Na comunidade, deparei-me com um contexto de trabalho totalmente diferente, uma vez que é o enfermeiro que entra no ambiente controlado da pessoa, o seu domicílio. Este ambiente por vezes pode tornar-se adverso devido a um conjunto de fatores que pude observar, tais como condições habitacionais precárias, dificuldade de obtenção de ajudas técnicas, a personalidade da pessoa e seu cuidador, a postura do enfermeiro, a capacidade em se contruir uma relação empática essencial a todo o Processo de Enfermagem, bem como a recetividade e aceitação do plano de cuidados de enfermagem perspetivados e delineados com e para a pessoa e cuidador.

Penso que a principal diferença entre o meio hospitalar e a comunidade é que no primeiro o enfermeiro tem sempre uma equipa de retaguarda para qualquer eventualidade. Inversamente, no domicílio, o enfermeiro está sempre sozinho, por sua conta e risco.

Perante esta panorâmica, percebi que tenho que treinar a minha postura e o meu pensamento para conseguir que a pessoa e seu cuidador me aceitem na sua casa como sua parceira na construção de um percurso que minimize as incapacidades e desenvolva as potencialidades da pessoa para se adaptar ao seu meio e se reinserir, novamente, na comunidade.

“Entrar na casa” da pessoa tem exigido de mim um grande exercício mental. Exigido a compreensão do que a pessoa espera de mim enquanto enfermeira e do cuidado de enfermagem que pretendo desenvolver. Exigido de mim a compreensão do que a pessoa quer ou não aprender. Exigido o estabelecimento de uma relação terapêutica que tem que ser trabalhada desde o primeiro contacto, para conseguir guiar a pessoa na aquisição de comportamentos promotores de saúde e minimização das repercussões das suas incapacidades.

Tenho trabalhado o meu pensamento para prever em vez de antever. Prever quais as possíveis reações da pessoa ou do seu cuidador a determinada intervenção de enfermagem ou a reação dos mesmos quando tento compreender melhor questões de âmbito familiar que interferem com o bem-estar da pessoa e com o desenvolvimento das minhas intervenções.

Para mim esta é a principal dificuldade na prestação de cuidados de enfermagem no domicílio, porque me tem feito questionar as minhas práticas, a minha postura perante a pessoa e cuidador, tem-me feito questionar se determinada intervenção foi a mais correta, além de me exigir criatividade perante a escassez de recursos.

Para ultrapassar esta dificuldade cheguei à conclusão que tenho que ser detentora de aprofundados e sólidos conhecimentos técnico-científicos para fundamentar convenientemente as minhas intervenções. Esta é a minha retaguarda.

APÊNDICE XVII

2º Jornal de Aprendizagem

2º JORNAL DE APRENDIZAGEM

Tendo por base que o principal objetivo do meu Projeto de Estágio é capacitar a pessoa/cuidador, tenho-me deparado com alguns casos durante o Ensino Clínico na ECCI que me obrigam à reflexão sobre o tema.

Porque é que existe dificuldade em capacitar a pessoa e cuidador? Quais os fatores dificultadores da capacitação? Como ultrapassá-los para obter sucesso no processo de capacitação?

Após leitura e análise de diversa bibliografia científica consultada, encontrei algumas respostas para as minhas questões.

Porque é que existe dificuldade em capacitar a pessoa e cuidador?

Ao longo do ciclo de vida cada pessoa passa por diversas transições. Quer desejadas, como o matrimónio, nascimento de um filho, mudança de emprego, quer intencionais como o luto ou um processo de saúde-doença.

Meleis afirma que

a transição é um processo complexo que envolve o resultado da interação pessoa-ambiente. Pode envolver mais do que uma pessoa e é incorporado no contexto e na situação. Uma transição denota uma mudança no estado de saúde, nas relações, nas expectativas, nas capacidades/habilidades. Implica um conjunto único de padrões de resposta ao longo de um determinado período de tempo, variável de pessoa para pessoa (Meleis, 2010:67).

O processo de transição inicia-se com a consciencialização de que há uma mudança em curso e com a perceção, conhecimento e reconhecimento da experiência de transição. A ausência de consciência da mudança pode significar que a pessoa não iniciou a experiência de transição (Meleis, 2010).

O nível de consciencialização influencia o nível de envolvimento e o nível de envolvimento não pode acontecer sem a consciencialização. O nível de envolvimento de uma pessoa que está ciente das mudanças físicas, emocionais, sociais ou ambientais será diferente da de uma pessoa inconsciente de tais mudanças (Meleis, 2010:57).

Quando a pessoa não está consciente de tais mudanças o processo de transição não é feito de forma adequada, surgindo stress, sobrecarga e insatisfação, tanto na pessoa cuidada como no cuidador.

Quais os fatores dificultadores da capacitação?

- Características pessoais tais como, idade, sexo, personalidade, história de vida, religião, atitudes e crenças, autoconceito, grau de escolaridade, relações familiares, *status* socioeconómico, recursos comunitários e sociais, ocupação/atividade profissional, expectativas, objetivos de vida, saúde física e mental, ideologias;
- Incapacidade da pessoa em fazer o processo de transição;
- Presença de sintomas associados às repercussões do cuidar: sobrecarga, *stress*, frustração, isolamento, depressão, ansiedade, fadiga, comportamentos aditivos, conflitos familiares, baixa autoestima, alteração da autoimagem, problemas sociais e económicos;
- Aumento do número de cuidadores idosos, muitos deles com baixo nível de alfabetização e limitações físicas e cognitivas decorrentes do processo de envelhecimento.

Outros fatores dificultadores na capacitação da pessoa/cuidador descritos por Sequeira (2010):

- Cuidadores com formação específica insuficiente, pelo que a prestação de cuidados pode não apresentar um rigor técnico e científico adequado;
- Insuficiente prestação de cuidados no domicílio;
- Dificuldade na equidade de acesso aos serviços de saúde, levando a internamentos que seriam evitáveis.

Como ultrapassá-los para obter sucesso no processo de capacitação?

Para capacitar a pessoa e cuidador, é fundamental que o enfermeiro compreenda que estes atravessam um processo de transição saúde-doença. O enfermeiro deve avaliar as características individuais de cada pessoa, compreender a transição a partir da perspetiva de quem a experiencia, se existe capacidade para adotar estratégias de *coping* facilitadoras do processo transaccional, se existe capacidade económica e sistemas de apoio formal disponíveis.

Zagonel corrobora afirmando que *a transição será melhor sucedida ao conhecer-se: o que desencadeia a mudança; a antecipação do evento; a preparação*

para mover-se dentro da mudança; a possibilidade de ocorrências múltiplas de transições simultaneamente (Zagonel, 1999:28).

Por exemplo, o Sr. L. apresenta limitação ao nível da mobilidade derivada de uma hemiartroplastia da anca (Estudo de Caso), mas a cuidadora (filha) refere várias vezes que “ele consegue andar. Isso é preguiça. Não anda porque não quer” (SIC). Ou seja, a cuidadora ainda se encontra em processo de transição face o estado de saúde alterado do Sr. L. Foram detetados alguns fatores dificultadores desta transição: instabilidade familiar por o neto do Sr. L. ser toxicodependente e um dos filhos ser portador de Trissomia XXI, bem como limitações económicas. Perante este cenário, a cuidadora acusava sinais de sobrecarga, por ser também cuidadora de outros membros da família.

“Conhecendo estes padrões o enfermeiro pode avaliar, planear e implementar estratégias de prevenção, promoção e intervenção terapêutica frente aos eventos de transição, objetivando restabelecer a conexão e instabilidade geradas” (Zagonel, 1999).

Uma das estratégias que o enfermeiro pode adotar é a atuação nos períodos antecipatórios à transição, preparação para a mudança de papéis e prevenção dos efeitos negativos sobre a pessoa e o cuidador. No contexto atual de ensino clínico, as pessoas a quem presto cuidados de enfermagem de Reabilitação provêm de um internamento hospitalar. Nestes casos, a prevenção deveria ser iniciada no contexto hospitalar, para que na chegada ao domicílio o impacto da transição na pessoa e cuidador fosse menor.

As intervenções de enfermagem devem ser promotoras de iniciativa, responsabilidade e autonomia do prestador de cuidados no exercício do seu papel. Assim, o enfermeiro deve prover a pessoa de três competências essenciais: Informação, Mestria e Suporte (Sequeira, 2010).

A **informação** está ligada à área do saber-saber - saber como aprender, como adquirir e desenvolver o conhecimento. Neste sentido, as estratégias que o enfermeiro pode adotar para colmatar as necessidades de informação do cuidador são: reuniões informais, distribuição de folhetos/panfletos/manuais, sessões de esclarecimento e ações de formação, individuais ou em grupo, sobre prognóstico, tipologia de cuidados, necessidade de cuidados, implicações associadas ao papel,

quer em termos de saúde, laborais ou pessoais, necessidade de mudança do ambiente físico e familiar, serviços de apoio formais.

A **mestria** relaciona-se com o saber-fazer. Saber porque fazer, como fazer, as vantagens/desvantagens de fazer, avaliar o fazer. Por exemplo: posicionar, saber porquê posicionar, a vantagem dos posicionamentos, como posicionar e avaliar se está corretamente posicionado. Para tal, o enfermeiro deve primeiro demonstrar, ou seja, executar o procedimento a ser aprendido; seguidamente possibilitar à pessoa o desempenho do procedimento, instruí-la; por fim permitir à pessoa treinar o número de vezes necessárias até executar de forma autónoma e segura o procedimento.

O **suporte** diz respeito ao saber-ser, ou seja, o saber cuidar-se e o saber relacionar-se na medida em que a pessoa e o cuidador desenvolvem estratégias de *coping* que lhes permitem lidar com o sofrimento e a vulnerabilidade inerentes ao problema/situação de incapacidade.

Concluo que a capacitação é um processo longo, moroso, com contornos difíceis de detetar e, por vezes, de ultrapassar. O enfermeiro deve revestir-se de conhecimentos que lhe permitam desenvolver perspicácia na deteção de fatores dificultadores do processo de capacitação. Só assim poderá adequar e dirigir as suas intervenções, potencializando as capacidades da pessoa e cuidador na gestão autónoma da doença e regime terapêutico.

Referências Bibliográficas:

- Meleis, A. (2010). *Transitions theory: middle-range and situation-specific theories in nursing research and practice*. New York: Springer Publishing Company.
- Sequeira, C. (2010). *Cuidar de idosos com dependência física e mental*. Lisboa: Lidel, Edições Técnicas, Lda.
- Zagonel, I. (1999). O cuidado humano transicional na trajetória de enfermagem. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 7 (3), 25-32.

ANEXO VIII

3º Jornal de Aprendizagem

3º JORNAL DE APRENDIZAGEM

Neste jornal de aprendizagem farei uma análise das estratégias por mim implementadas para a resolução dos problemas e dificuldades que enfrentei ao longo do ensino clínico na ECCI, com especial ênfase para o primeiro estudo de caso desenvolvido.

Inicialmente deparei-me com a necessidade de refletir sobre a minha postura enquanto enfermeira de bloco operatório *versus* enfermeira em cuidados comunitários. A mudança de práticas e atitudes foi essencial para me adaptar a este novo contexto de trabalho.

No primeiro contacto com a pessoa posicionava-me na retaguarda, sentia que “invadia” a privacidade da mesma. À medida que fui observando as dificuldades e constrangimentos que este contexto de trabalho acarreta, o sentimento de invasão, foi substituído pela coragem e motivação em desenvolver cuidados de enfermagem realistas que permitissem a (re)adaptação da pessoa ao seu meio e a manutenção/recuperação da sua capacidade funcional.

Para poder desenvolver planos de cuidados de reabilitação, realizei diversa pesquisa bibliográfica, dois estudos de caso e várias reflexões, em conjunto com a minha orientadora, sobre as minhas práticas.

O exercício mental de “entrar na casa” da pessoa foi facilitador da consciencialização de que o processo de cuidar a pessoa no domicílio é bastante diferente do cuidar praticado em meio hospitalar. As barreiras arquitetónicas, a dificuldade em obter ajudas técnicas, as rotinas pessoais e familiares, são alguns fatores diferenciadores e dificultadores do cuidar em contexto domiciliário.

A resolução destes constrangimentos exigiu de mim criatividade, perspicácia na avaliação dos contextos pessoais e familiares, bem como no que a pessoa deseja ou não aprender, qual o significado dessa aprendizagem para a mesma, e se está motivada e interessada em fazê-lo.

A compreensão do significado de capacitar foi fundamental para integrar as dificuldades que acarreta, e poder desenvolver estratégias promotoras de adesão ao regime terapêutico.

O Estudo de Caso referente ao Sr. L. foi bastante desafiante, não só pelas diversas necessidades de cuidados de enfermagem de Reabilitação, como, principalmente, pela dificuldade em capacitar a sua cuidadora.

O Sr. L. foi sempre colaborante durante o processo de cuidados de reabilitação. Embora fosse necessário alertar a cuidadora para a importância da adoção de determinadas ações promotoras de saúde, nomeadamente, ingestão de água, alimentação adequada, controlo das glicémias capilares e administração de insulina, o Sr. L. teve, desde o início, uma evolução crescente na recuperação da sua autonomia. Conseguiu realizar transferências sem ajuda de outra pessoa, apenas com recurso a andarilho, realizou marcha com andarilho, subiu/desceu um curto lance de escadas. Contudo, passado um mês, ocorreu uma queda abrupta da sua evolução, que culminou num internamento por infeção urinária.

Perante o desenrolar desta situação inesperada, tive que refletir sobre algumas questões. “Quais foram os motivos desencadeadores do retrocesso do processo de recuperação?”, “O plano de cuidados está corretamente delineado?”, “Que terei que reformular no plano de cuidados?”.

Embora realizasse ensinamentos à cuidadora do Sr. L. sobre regime dietético, Diabetes Mellitus e cuidados relacionados, necessidade de aumentar ingestão hídrica, incentivar a deambulação, a cuidadora nunca cumpriu corretamente o regime terapêutico ensinado. Tentei perceber o motivo do não cumprimento, e fui-me deparando com o estabelecimento de uma relação conflituosa entre a cuidadora e o Sr. L.

A cuidadora é filha do Sr. L. Esta tem a seu cargo um filho toxicodependente e um irmão com Trissomia XXI. Sendo cuidadora de três pessoas, a sobrecarga e o *stress* são inevitáveis, e constituem uma fonte de conflito entre as partes.

Perante este cenário, senti necessidade de pesquisar bibliografia relativa ao cuidar de pessoas dependentes e à sobrecarga dos cuidadores, o que me alertou para a formulação de algumas questões essenciais à compreensão da dificuldade da cuidadora em aderir à gestão do regime terapêutico. Questionei-a “Como se sente? Como tem lidado com o facto de ser cuidadora de três pessoas? Em que é que isso tem afetado a sua vida pessoal e laboral? Consegue ter tempo para cuidar de si? Tem alguma estratégia de fuga para aliviar o *stress*?” Perante a resposta a estas questões, conclui que a cuidadora não fez o processo de transição em relação

ao estado de incapacidade do Sr. L. Esta dificuldade foi denotada nas elevadas expectativas que a cuidadora tinha de que o Sr. L. recuperasse a total autonomia anterior ao processo patológico, e na recusa em compreender que o Sr. L. tinha limitações impeditivas de voltar às rotinas diárias anteriores (independência nos cuidados de higiene, passeio matinal).

A minha atuação com a cuidadora centrou-se na consciencialização da mesma relativamente à transição saúde-doença do Sr. L., e no desenvolvimento de estratégias que esta pudesse usar para prestar cuidados ao Sr. L., tais como:

- Expliquei-lhe o processo patológico, as consequências do mesmo e as limitações que daí advém, para que pudesse adequar os cuidados;

- Cada vez que o Sr. L. conseguisse realizar uma ação, como transferir-se ou deambular, parabenizá-lo, visto que o reforço positivo é fonte de motivação;

- Comunicar de forma clara com o Sr. L., com linguagem adequada à capacidade de processamento da informação, sem emitir juízos de valor;

- Negociar com o Sr. L. o estabelecimento de um rotina diária, por exemplo, levantar de manhã, realizar os cuidados de higiene, deambular até à sala e ficar sentado no cadeirão até à hora de almoço, almoçar na cozinha e repousar no leito até à hora do lanche;

- Quando o Sr. L. não quisesse ir comer à mesa, fornecer-lhe as refeições no leito para que não fique longos períodos sem se alimentar;

- Procurar apoio domiciliário da paróquia para a prestação dos cuidados de higiene ao Sr. L.;

- Procurar uma avaliação médica para perceber a origem da dor na anca direita e medicar.

- Após estabelecer rotinas diárias com o Sr. L., a cuidadora pode integrar as suas rotinas nas dele, de forma a ter tempo para pensar e cuidar de si mesma.

O feedback relativamente a estas estratégias foi menor, mas consegui que a cuidadora aceitasse levar as refeições à cama para que não houvesse omissão de refeições, conseguiu apoio domiciliário para a prestação de cuidados de higiene, levou o Sr. L. a uma consulta de reavaliação de ortopedia por causa da dor.

O processo de aplicação e desenvolvimento destas estratégias é moroso, podendo tornar-se cansativo e desmotivante. Cabe a mim, enquanto enfermeira, persistir e ajudar a pessoa e cuidador no seu processo de capacitação.

APÊNDICE IX

4º Jornal de Aprendizagem

4º JORNAL DE APRENDIZAGEM

O desenvolvimento deste jornal de aprendizagem tem como principal objetivo analisar a Ação de Formação intitulada “DPOC e Terapêutica Inalatória”, por mim lecionada no dia 25 de Janeiro de 2017, na Unidade de Reabilitação Respiratória para 4 utentes com DPOC que cumprem um programa Reeducação Funcional Respiratória nesta Unidade.

Esta Ação de Formação foi desenvolvida no âmbito da aplicação do meu Projeto de estágio “A Intervenção do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação na capacitação da pessoa com DPOC para a gestão do regime terapêutico”. A escolha da temática prende-se com a necessidade de prover estes utentes de conhecimentos que lhes permitam compreender a sua doença (fisiopatologia, sintomas) e os tratamentos adequados, a fim de aderirem ao seu regime terapêutico.

Antes de escolher a temática a abordar na ação de formação, fiz o levantamento das dúvidas destes 4 utentes, durante as suas sessões de Reeducação Funcional Respiratória, e discuti as minhas ideias e conclusões com a minha orientadora. Daqui resultou a produção de 6 questões orientadoras da ação de formação.

1. O que é a DPOC?
2. O que é o diafragma?
3. Qual é a função do diafragma?
4. Quais são os sintomas da DPOC?
5. Quais são os tratamentos da DPOC?
6. Faz corretamente a técnica de administração dos inaladores?

Estas perguntas permitiram avaliar o grau de conhecimentos dos 4 utentes/formandos antes e após a formação.

O Gráfico 1 traduz a percentagem (%) média de formandos que respondeu corretamente às seis questões colocadas sobre a temática “DPOC e terapêutica inalatória” antes e depois da ação de formação.

Importa referir que a média de idades destes 4 utentes é de 60 anos, pelo que o grau de compreensão e cognição já se encontram diminuídos ou alterados. Para além da idade, outros fatores que contribuem para estas alterações são o processo

fisiológico de envelhecimento, o nível de escolaridade e a, eventual, baixa oxigenação cerebral decorrente da DPOC.

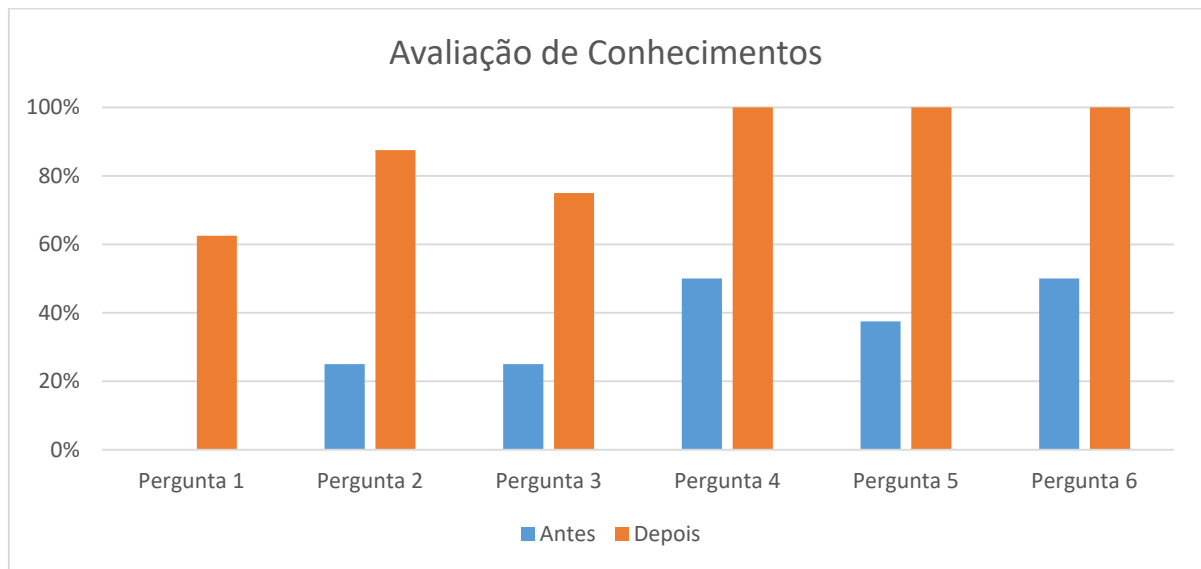


Gráfico 1: % média dos formandos que respondeu corretamente a seis questões colocadas sobre a temática “DPOC e terapêutica inalatória” antes e depois da ação de formação

No gráfico 1, o eixo horizontal corresponde às perguntas realizadas, o eixo vertical corresponde à % de formandos e as barras azuis e laranja traduzem a % de formandos que responderam corretamente às perguntas antes e depois da ação de formação, respetivamente.

Relativamente à pergunta 1, inicialmente nenhum formando tinha conhecimentos sobre a DPOC. No fim da formação 63% dos formandos adquiriram conhecimentos sobre DPOC.

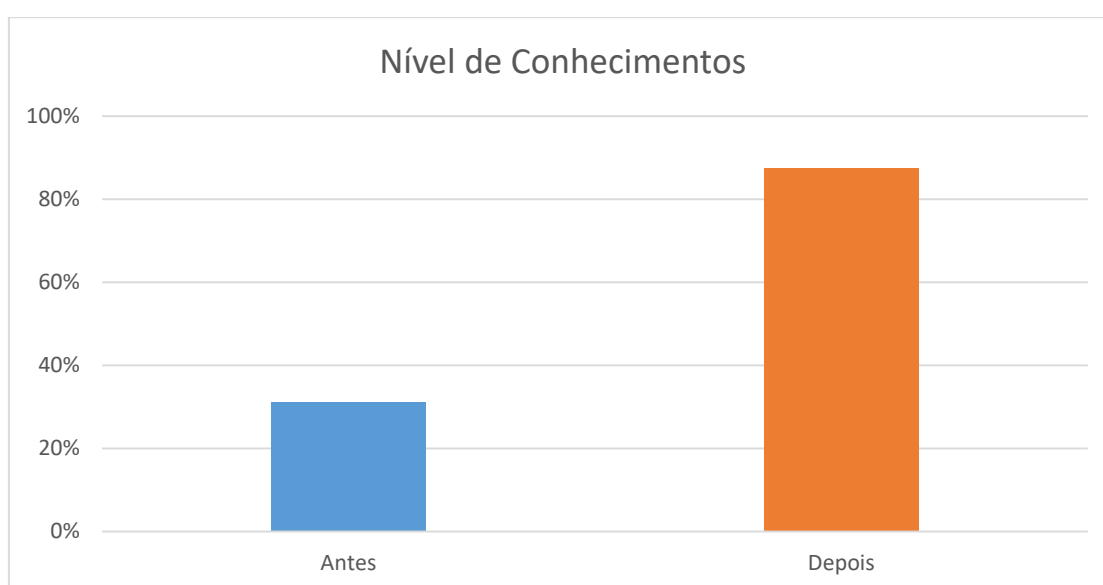
Quanto à pergunta 2, inicialmente apenas 25% dos formandos soube responder o que é o diafragma. No fim da sessão, 88% respondeu corretamente. Verificou-se um aumento de 63%.

Na pergunta 3, inicialmente 25% respondeu qual é a função do diafragma. No fim da sessão 75% soube responder à pergunta, verificando-se um aumento de 50%.

Quanto à 4ª pergunta: Quais são os sintomas da DPOC?, 50% dos formandos respondeu corretamente no início da sessão, verificando-se um aumento de 50% para 100% no final.

Relativamente à 5ª pergunta: Quais são os tratamentos da DPOC?, 38% soube responder no início, verificando-se que no fim 100% sabia a resposta à questão. Houve um aumento de 62%.

Para avaliar a última pergunta foram colocadas em prática as competências técnicas dos 4 formandos. Inicialmente 50% demonstrou ser capaz de administrar corretamente a terapêutica inalatória. Após explicação do objetivo e importância da mesma, procedeu-se à demonstração da técnica e treino dos formandos. No fim da sessão todos (100%) administravam corretamente os seus inaladores. Verificou-se um aumento de 50%.



Gráfica 2: Nível de conhecimentos sobre a temática

O Gráfico 2 traduz a % média de conhecimentos dos formandos antes e depois da formação. Antes da formação, tinham em média 31% de conhecimentos relativamente à temática abordada “DPOC e terapêutica inalatória”, no fim da sessão tinham em média 88% de conhecimentos, ou seja, houve um aumento de 57% de conhecimentos sobre a temática.

Análise e discussão dos resultados:

Mediante os resultados dos dois gráficos é possível verificar que houve ganhos em conhecimentos sobre a temática “DPOC e Terapêutica Inalatória”. Os ganhos incidiram, principalmente, nas questões **4. Quais são os sintomas da DPOC?**, **5.**

Quais são os tratamentos da DPOC? e 6. Faz corretamente a técnica de administração dos inaladores?, com 100% de respostas corretas.

Penso que a obtenção destes ganhos foi influenciada pela avaliação prévia da população-alvo, e da adaptação das estratégias de aprendizagem à mesma. Contudo, durante a formação senti dificuldade em explicar a fisiopatologia da DPOC, devido ao baixo nível de compreensão e cognição dos formandos.

Durante o planeamento e desenvolvimento da ação de formação, procurei usar métodos pedagógicos didáticos e dinâmicos, tais como, um pulmão artificial por mim construído (Imagem 1), para explicar a anatomia do pulmão e a fisiopatologia da DPOC, o uso de inaladores placebo (Imagem 2) para demonstrar e treinar com os formandos a administração de terapêutica inalatória, a distribuição de folhetos informativos por mim desenvolvidos para os auxiliar durante a técnica de administração da terapêutica. A escolha destes métodos pedagógicos teve origem nas variantes idade, nível de escolaridade, tipo de linguagem e grau de cognição, essenciais a uma boa compreensão.

Apesar da aplicação destas estratégias, não consegui expor eficazmente os conteúdos programáticos.

Que concluir?

A experiência constrói o saber. Embora eu tivesse em conta os fatores dificultadores da aprendizagem destes utentes, e procurasse métodos educativos lúdicos que ajudassem a ultrapassar este constrangimento, nada como a experiência de trabalhar a aquisição de conhecimentos e competências de saber com os utentes, para eu própria compreender que o trabalho de construção do saber é demorado e não se faz apenas numa ação de formação ou numa sessão do programa de reeducação funcional respiratória.

Outro fator, que identifiquei como dificultador da aprendizagem, foi a duração da ação de formação. Esta prolongou-se para além do tempo previsto, o que se traduziu em cansaço e desatenção dos formandos.

O que mudaria?

Para compreender as limitações cognitivas dos formandos, teria aplicado previamente o *Mini Mental Test*, de forma a construir estratégias direcionadas às suas limitações.

Reformularia a ação de formação, de modo a lecioná-la em 3 tempos. Uma sessão só para abordar a fisiopatologia da DPOC. Outra sessão para explicar o

tratamento da mesma. A terceira sessão para treinar a administração da terapêutica inalatória. Esta divisão permite lecionar ações de formação mais curtas temporalmente, de forma a evitar o cansaço e a desatenção.

A análise dos resultados desta sessão de formação proporcionou-me momentos de reflexão, nomeadamente sobre os fatores de não adesão ao regime terapêutico. A baixa literacia parece ser uma das causas de não adesão, por impossibilitar a não compreensão do processo patológico, a necessidade de adoção de medidas preventivas de progressão da doença e comportamentos de procura de saúde.

Cabe ao enfermeiro especialista em reabilitação fazer uso dos seus conhecimentos, aplicando todos os instrumentos disponíveis na investigação de fatores dificultadores de adesão ao regime terapêutico e, fazendo uso de todos os recursos disponíveis, quer institucionais, quer comunitários, desenvolver estratégias criativas em colaboração com cada doente/cuidador, para fazer face às dificuldades encontradas e, simultaneamente, promover a adesão a comportamentos promotores de saúde.



Imagem 1: Pulmão artificial



Imagem 2: Inaladores placebo

APÊNDICE X

5º Jornal de Aprendizagem

5º JORNAL DE APRENDIZAGEM

Este Jornal de Aprendizagem foi realizado no âmbito do Ensino Clínico na Unidade de Reabilitação Respiratória. Foi-me solicitada a apresentação e discussão, com a equipa de enfermagem, de um artigo de âmbito científico à minha escolha. Após uma conversa informal com a minha orientadora, escolhi a “Escala Hospitalar de Ansiedade e Depressão” como tema a debater, por ser objetivo da equipa implementá-la no serviço em doentes com DPOC.

A DPOC é uma doença progressivamente incapacitante, que acarreta não só limitações físicas para o desempenho das atividades de vida diária e profissionais, como interfere nas relações sociais, afetivas, conjugais e sexuais.

Decorrente destas limitações,

os doentes com DPOC têm um risco elevado de desenvolver quadros de ansiedade e depressão...os sintomas depressivos estão presentes em cerca de metade dos doentes e levam à auto-exclusão social e familiar...a actividade sexual encontra-se limitada pela restrição física e pela depressão (DGS, 2009:6).

A DGS (2009) preconiza a pesquisa e identificação destes quadros sintomatológicos de ansiedade e depressão, como parte integrante de um programa de Reeducação Respiratória (RR), mediante a aplicação da Escala Hospitalar de Ansiedade e Depressão (HADS – The Hospital Anxiety and Depression Scale).

A Escala Hospitalar de Ansiedade e Depressão foi desenvolvida por Zigmond & Snaith em 1983. Foi validada para a língua portuguesa, em 2007, por Pais Ribeiro.

Para compreender o objetivo e a aplicabilidade da HADS, procedi à leitura e análise do artigo “Validation study of a portuguese version of the Hospital Anxiety and Depression Scale”, da autoria de Pais Ribeiro e colaboradores.

A HADS visa avaliar os níveis de ansiedade e depressão. Foi desenvolvida para auxiliar os médicos no reconhecimento dos estados emocionais associados à doença física. As desordens emocionais resultam, muitas vezes, do *stress* causado pela incapacidade física, gerando sintomatologia somática (fadiga, insónia, cefaleias, falta de apetite) que pode ser confundida com uma desordem orgânica, quando, na verdade, é uma manifestação de desordem psíquica. Neste sentido, os itens da Escala foram desenvolvidos de forma a não contemplarem sintomas que podem ser confundidos com perturbações emocionais ou patologia física.

É constituída por 14 itens, divididos em 7 itens para ansiedade e 7 itens para depressão. Demora 2-5 minutos a ser preenchida. A pessoa deve sublinhar a resposta que melhor se adequa ao que tem sentido na última semana.

Os itens de ansiedade e depressão são cotados separadamente. Cada item pode ser cotado numa escala de 0 a 3. O somatório final é interpretado da seguinte forma: 0-7: normal, 8-10: ligeira, 11-14: moderada, 15-21: grave.

Esta Escala é um instrumento internacionalmente aceite e fiável. Encontra-se traduzida em 115 línguas, nomeadamente línguas europeias e, ainda, árabe, hebraico, chinês e japonês.

Zigmond & Snaith desenvolveram a escala para aplicar a pessoas entre 16 e 65 anos. Contudo, outros autores demonstraram que é possível usar em adolescentes dos 12 aos 17 anos.

A escala é, geralmente, bem aceite pelas pessoas, independentemente do tipo de doença, idade ou nível educacional. Contudo, os autores da mesma recomendam precaução na sua aplicação. Só deve ser aplicada em pessoas sem alterações cognitivas.

Nem os autores da Escala, nem outros autores referem em que momentos a escala deve ser aplicada, ficando ao critério dos investigadores o *timing* da sua aplicabilidade, mediante a patologia ou população a estudar.

Para validar a Escala para português, Pais Ribeiro *et al* (2007), realizaram um trabalho de investigação onde aplicaram a HADS a 1322 participantes diagnosticados com cancro, AVC, epilepsia, patologia coronária, diabetes, apneia obstrutiva do sono, distrofia miotónica e depressão. Os resultados obtidos permitiram concluir que a Escala é um instrumento fiável e válido na avaliação da ansiedade e depressão, e que a versão portuguesa apresentada e discutida mostra propriedades métricas semelhantes aos estudos internacionais. Os resultados garantem que esta versão pode ser usada como uma medida de despiste de ansiedade e depressão em pessoas doentes.

Em 2015 foi realizado um estudo intitulado “Anxiety and depression in Portuguese patients with chronic obstructive pulmonary disease: a multicentre cross-sectional study”, por Cristina Jácome *et al*, com o objetivo de avaliar sintomas de ansiedade e depressão em pacientes portugueses com DPOC e fatores preditivos associados.

Este estudo abrangeu 302 pacientes com DPOC de três centros de saúde e um hospital distrital da região centro de Portugal. Foi utilizada a HADS e, considerados clinicamente significativos sintomas de ansiedade e depressão cuja pontuação fosse igual ou superior a 8. Os resultados mostram que há um número elevado de doentes que vivenciam quadros de ansiedade e depressão. 53,3% dos pacientes apresentam sintomas de ansiedade, 45,4% depressão e 32,8% ambos. Os estados de ansiedade verificam-se em mulheres, jovens, desempregados e, em pessoas cujas limitações nas atividades são desencadeadas pela dispneia. A depressão é associada à perda de mobilidade funcional e limitação nas atividades, bem como a pacientes com baixa escolaridade e DPOC avançada.

Os dados apresentados são conclusivos quanto à emergência em implementar medidas preventivas e corretivas de estados de ansiedade e depressão. Pacientes com menor grau de escolaridade e desempregados têm maior propensão a experienciar sintomas de ansiedade e depressão, por terem menos recursos financeiros e menor capacidade de compreensão sobre a sua patologia, levando ao insucesso da adesão ao regime terapêutico. A não adesão leva a uma rápida progressão da doença. Com a progressão da doença, surgem a dispneia e as limitações funcionais. Estas conduzem a uma progressiva incapacidade de desempenho das AVD's, gerando sintomas de ansiedade e depressão. Tanto as limitações funcionais como a depressão são geradoras de inatividade, inimigas da adesão a atividades produtoras de melhorias do estado de saúde.

A DGS (2009) desenvolveu a Circular Informativa “Orientações técnicas sobre Reabilitação Respiratória na DPOC”, onde apresenta linhas orientadoras de um programa de Reabilitação Respiratória que contempla medidas de adesão ao regime terapêutico e intervenção psicossocial, onde *as abordagens típicas incluem ensino de estratégias anti-stress, bem como de controlo do pânico e aplicação de treino de relaxamento*. (DGS, 2009, p.7).

Embora a DGS tenha elaborado estas linhas orientadoras, o estudo de Cristina Jácome (2015), refere que em Portugal os programas de RR são escassos e que deveriam incluir intervenções colaborativas de autogestão que respondam às necessidades emocionais dos pacientes.

O objetivo da análise destes três documentos foi dar a conhecer, à equipa de enfermagem, a HADS e fundamentar a sua utilização na prática clínica, com vista ao

desenvolvimento, implementação e integração de intervenções psicossociais e comportamentais nos programas de RR desta Unidade.

Referências Bibliográficas:

- Direção Geral de Saúde. (2009). Orientações Técnicas sobre Reabilitação respiratória na Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica (DPOC). Circular Informativa Nº 40A/DSPCD.
- Pais Ribeiro, J., Silva, I., Ferreira, T., Martins, A., Meneses, R. & Baltar, M. (2007). Validation study of a Portuguese version of the Hospital Anxiety and Depression Scale. *Psychology, Health & Medicine* 12(2), 225-237.
- Jácome, C., Marques, A., Gabriel, R., Crus, J. & Figueiredo, D. (2015). Anxiety and depression in Portuguese patients with chronic obstructive pulmonary disease: a multicentre cross-sectional study. *Revista Portuguesa de Medicina Geral e Familiar* 31, 24-32.

APÊNDICE XI

Ação de Formação “DPOC e Terapêutica Inalatória”

AÇÃO DE FORMAÇÃO

DPOC e Terapêutica Inalatória

Data: 25 de Janeiro de 2017

Horário: 9H30

Local: Ginásio

Destinatários: Utentes da URR com DPOC

Formador: Enf^ª Luciana Rodrigues

(Aluna da Especialidade em Enfermagem de Reabilitação da ESEL)

PLANO de SESSÃO

Tema: DPOC e Terapêutica Inalatória		Duração da sessão: 60 minutos	
Metodologias pedagógicas: Método expositivo interativo/qw com recurso a: <ul style="list-style-type: none">Dinâmicas de grupo (brainstorming, treino de competências /roll-play);Computador portátil, videoprojector, pulmão artificial, inaladores.			
Objectivos Pedagógicos		Duração (minutos)	Avaliação
Gerais	Específicos/Actividades		
OG1. Promover a aquisição de conhecimentos sobre DPOC.	OE1. Analisar o nível de motivação para a temática. A1. Realizar a contagem dos elementos presentes. A2. Avaliar a razão da presença na sessão de formação.	5 min.	-Aplicação de um questionário sobre a temática a lecionar.
	OE2. Avaliar necessidade de conhecimentos sobre a temática. A3. Interrogar sobre o que é a DPOC. A4. Questionar quais são as alterações anatomo-fisiológicas da DPOC. A5. Questionar quais são os sintomas e tratamentos da DPOC.	5 min.	-Preenchimento de uma grelha de avaliação da técnica de administração da terapêutica inalatória.
	OE3. Adquirir conhecimentos sobre DPOC. A6. Explicar a anatomia dos pulmões. A7. Mostrar o funcionamento dos pulmões, recorrendo ao uso do pulmão artificial. A8. Definir o conceito de DPOC. A9. Explicar quais são os sintomas da DPOC.	15 min.	
	OE4. Adquirir conhecimentos sobre o tratamento da DPOC.	15 min.	

PLANO de SESSÃO

Tema: DPOC e Terapêutica Inalatória		Duração da sessão: 60 minutos	
Metodologias pedagógicas: Método expositivo interativo/qw com recurso a: <ul style="list-style-type: none">• Dinâmicas de grupo (brainstorming, treino de competências /roll-play);• Computador portátil, videoprojector, pulmão artificial, inaladores.			
Objectivos Pedagógicos		Duração (minutos)	Avaliação
Gerais	Específicos/Actividades		
OG2. Ser capaz de administrar a terapêutica inalatória.	A10. Enunciar quais são os tratamentos para a DPOC. A11. Explicar a importância de exercícios de reeducação abdomino-diafragmática. A12. Mostrar as posições de descanso e relaxamento a adotar em situação de dispneia. A13. Explicar a importância da terapêutica inalatória. OE5. Compreender a importância da técnica correta de administração da terapêutica inalatória. A14. Demonstrar a técnica de administração dos inaladores. A15. Praticar com os formandos a técnica de administração dos inaladores.	20 min.	

Avaliação dos formandos

Avaliação	Inicial		Final	
	Sabe	Não sabe	Sabe	Não sabe
O que é a DPOC?				
O que é o diafragma?				
Qual é a função do diafragma?				
Quais são os sintomas da DPOC?				
Quais são os tratamentos da DPOC?				
Faz corretamente a técnica de administração dos inaladores.				

DPOC e Terapêutica Inalatória

Enfª Luciana Pires

(Aluna da Especialidade em Enfermagem de
Reabilitação da ESEL)



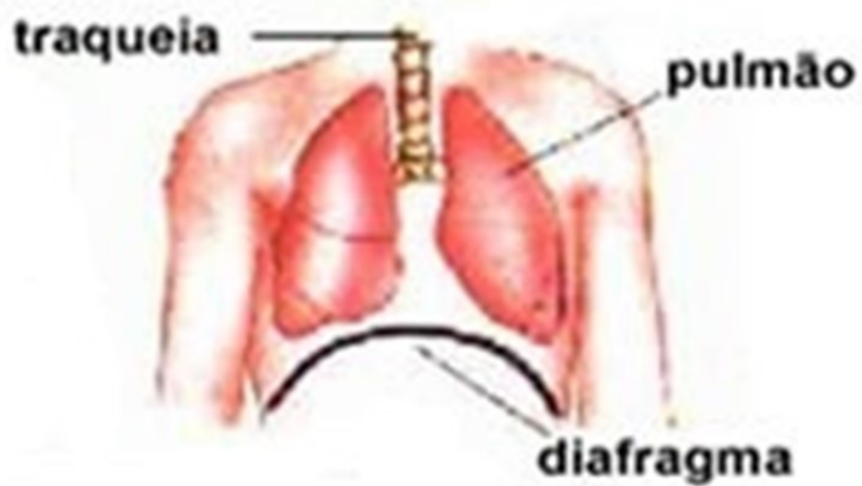
Sumário

- Anatomia dos pulmões
- DPOC – o que é?
- Quais são os sintomas?
- Quais são os tratamentos?
- Cinesiterapia Respiratória
- A importância da terapêutica inalatória
- Demonstrar e praticar a técnica de administração da terapêutica inalatória

Pulmões



Pulmão normal



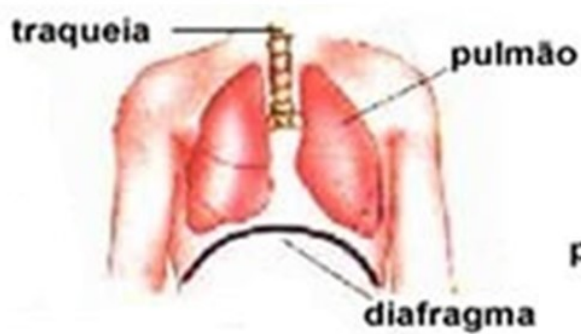


Pulmões fumador

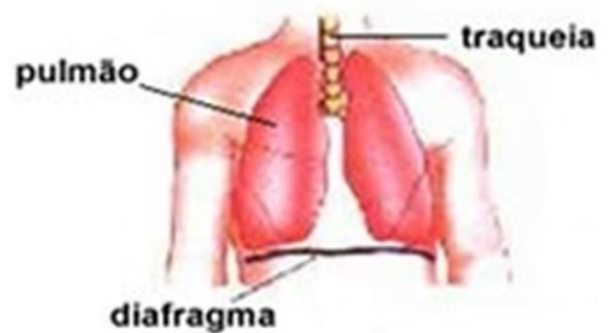


DPOC – fisiopatologia

Pulmão normal



Pulmão DPOC





Cinesiterapia respiratória



Cordeiro & Menoita (2012, p.68)



Cinesiterapia respiratória

INSPIRAR



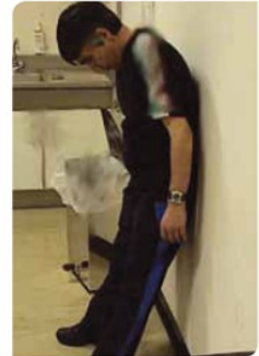
EXPIRAR



Comissão de Reabilitação Respiratória da Sociedade Portuguesa de Pneumologia – Aprenda a viver com a DPOC



Falta de ar?



*Comissão de Reabilitação Respiratória da Sociedade
Portuguesa de Pneumologia – Aprenda a viver com a DPOC*

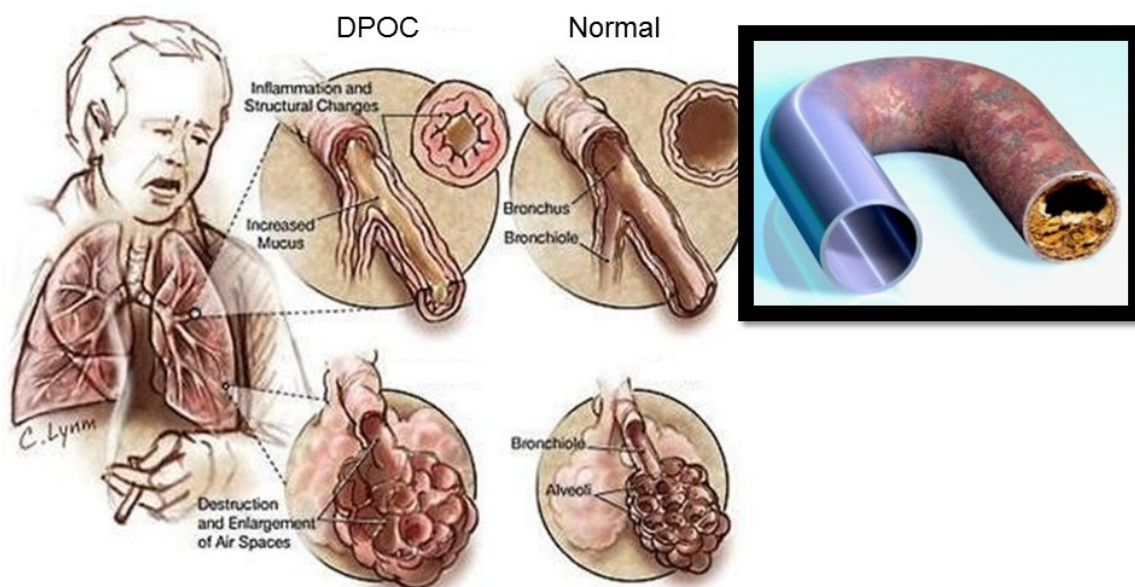


O que sentem?

- Dificuldade em respirar?
- Tosse?
- Expetoração / Catarro?
- Cansaço?



DPOC – fisiopatologia



Quais são os tratamentos?





Terapêutica Inalatória

Reduzir Sintomas

- Alívio de sintomas
- Melhorar tolerância ao exercício
- Melhorar o estado de saúde

Reduzir o Risco

- Prevenir a progressão da doença;
- Prevenir e tratar exacerbações;
- Reduzir a mortalidade.

Cordeiro & Menoita (2012, p.266)



Terapêutica inalatória

Inaladores de pó seco

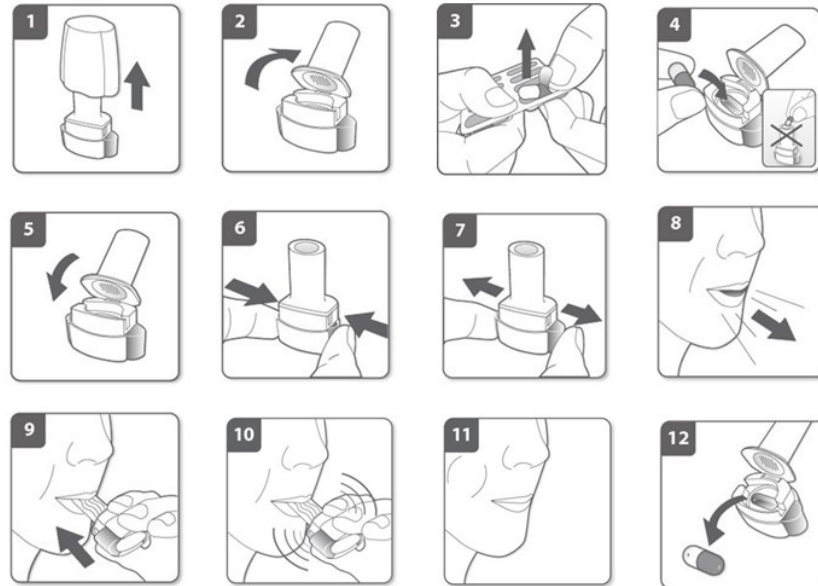


Inaladores pressurizados





Técnica – Inalador de pó seco



<https://compendium.ch/mpub/pnr/93973/html/de?Platform=Desktop>



Dúvidas?





Bibliografia

- Cordeiro, M. & Menoita, E. (2012). *Manual de Boas Práticas na Reabilitação Respiratória: Conceitos, Princípios e Técnicas*. Loures: Lusociência.
- Cordeiro, M. (2014). *Terapêutica Inalatória: Princípios, Técnica de inalação e Dispositivos inalatórios*. Loures: Lusodidacta.
- Comissão de Reabilitação Respiratória da Sociedade Portuguesa de Pneumologia. (2008). *Aprenda a viver com a DPOC*. disponível em http://www.respira.pt/content/docs/aprenda_a_viver_com_a_DPOC.pdf consultado a 17/01/2017.
- Imagens BREEZHALER disponíveis em <https://compendium.ch/mpub/pnr/93973/html/de?Platform=Desktop> consultado a 22/01/2017.

Obrigada pela presença

DIPLOMA

Certifica-se que _____, frequentou o Curso
“DPOC e Terapêutica Inalatória”, realizado na Unidade de Reabilitação Respiratória do Hospital de Santa Maria,
no dia 25 de Janeiro de 2017, tendo sido um aluno entusiasta, interessado e participativo, em suma um
ALUNO BRILHANTE

APÊNDICE XII
Pulmão Artificial



APÊNDICE XIII

Folheto “Inaladores de Pó Seco”

Atenção!

- ♦ No passo 11 é importante que mantenha a inspiração durante 5-10 segundos, para o medicamento ter tempo de chegar aos pulmões e se depositar.
- ♦ Repita os passos 8 a 11 até a cápsula estar vazia.
- ♦ Nunca manipular a cápsula com as mãos molhadas.
- ♦ Guarde o dispositivo em local limpo e seco.
- ♦ Limpe o dispositivo apenas com um pano seco.

Em caso de dúvida contacte a
Unidade de Reabilitação Respiratória
do Hospital Santa Maria
Tel.: 21 780 54 03

Elaborado por:

Enfª Luciana Pires (Aluna da Especialidade em Reabilitação da ESEL) com orientação da Sra. Enfª Mª Joaquina Ribeiro da Unidade de Reabilitação Respiratória do HSM.



Inaladores de pó seco



1. Abra a tampa do dispositivo.



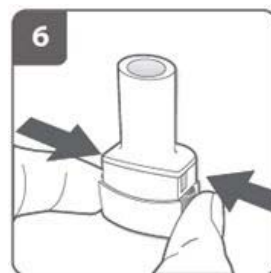
5. Feche o dispositivo.



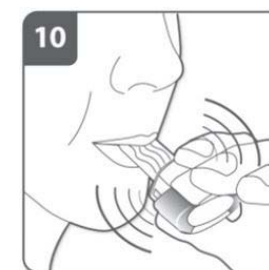
9. Feche os lábios à volta do inalador e **inspire vigorosamente.**



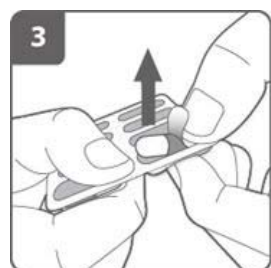
2. Abra o dispositivo.



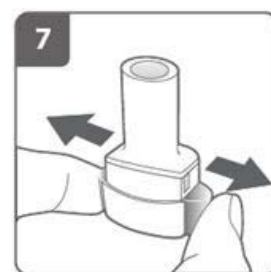
6. Segure o dispositivo na vertical e carregue **1 vez** nos botões laterais para picar a cápsula.



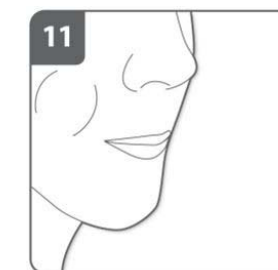
10. A cápsula tem que vibrar.



3. Retire a cápsula do invólucro.



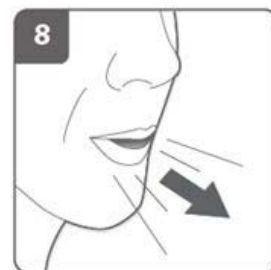
7. Solte os botões laterais.



11. Mantenha **5-10 segundos** esta inspiração e expire normalmente.



4. Coloque a cápsula no dispositivo.



8. Deite o ar **todo** fora (expirar).



12. Abra o dispositivo. Tire a cápsula usada. Veja **se está picada e vazia**, e deite fora.

APÊNDICE XIV

Folheto “Inaladores Pressurizados”

Atenção!

- ♦ No passo 5 é importante que mantenha a inspiração durante 5-10 segundos, para o medicamento ter tempo de chegar aos pulmões e se depositar.
- ♦ Se necessitar fazer nova inalação, aguarde 30 segundos e repita os passos 3 a 5.
- ♦ Guarde o dispositivo em local limpo e seco.

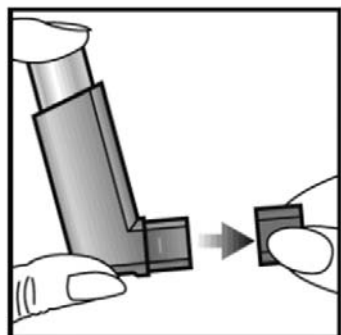
Em caso de dúvida contacte a
Unidade de Reabilitação Respiratória
do Hospital Santa Maria
Tel.: 21 780 54 03

Elaborado por:

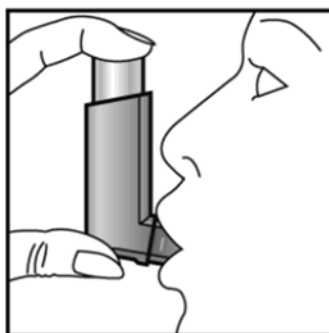
Enfª Luciana Pires (Aluna da Especialidade em Reabilitação da ESEL) com orientação da Sra. Enfª Mª Joaquina Ribeiro da Unidade de Reabilitação Respiratória do HSM.



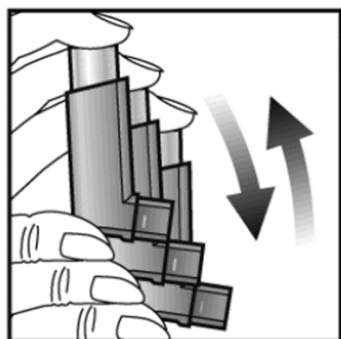
Inaladores pressurizados



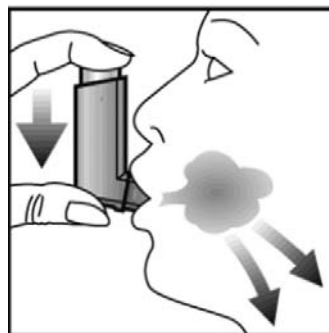
1. Retire a tampa do bocal.



4. Feche bem os lábios à volta do bocal.

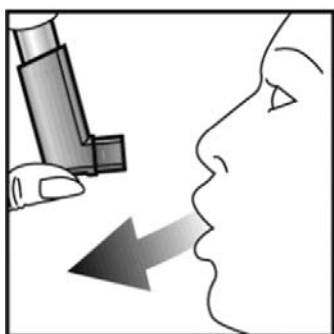


2. **Aqueça e agite** o inalador.



5. Pressione o inalador e **inspire lentamente**.

Agunte a inspiração 5-10 segundos.
Retire o inalador da boca e expire normalmente.

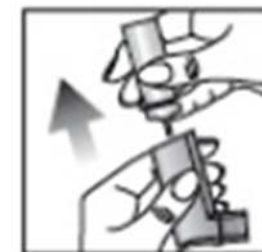
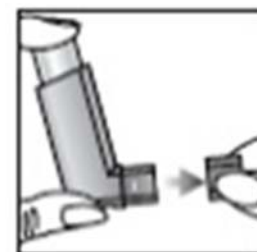


3. Deite o ar **todo** fora (expirar).

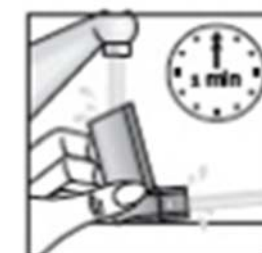
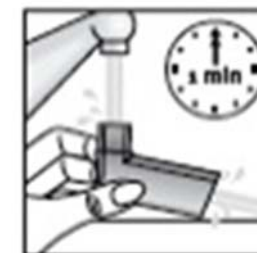


6. Feche o dispositivo e guarde em local limpo e seco.

Limpeza



1. Retire a tampa do bocal e o inalador do dispositivo.



2. Lavar com detergente suave e água corrente.



3. Deixe secar ao ar.

APÊNDICE XV

Folheto “Câmara Expansora”

Atenção!

- ♦ No passo 5, a inspiração deve ser lenta. Se ouvir um sinal sonoro vindo da câmara expansora, quer dizer que está a inspirar rapidamente. Deve abrandar a inspiração até deixar de ouvir o sinal sonoro.
- ♦ Se necessitar fazer nova inalação, aguarde 30 segundos e repita os passos 3 a 5.
- ♦ A câmara expansora deve ser trocada 1x por ano ou sempre que apresentar fissuras.

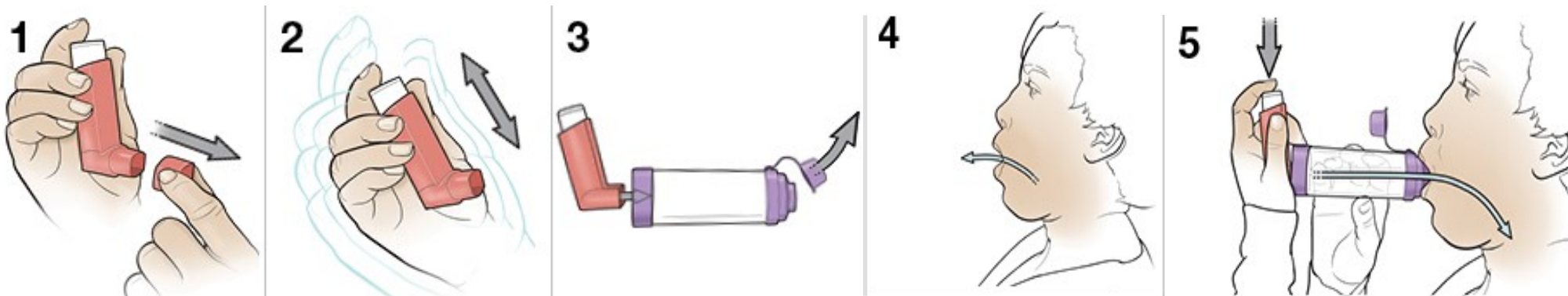
Em caso de dúvida contacte a
Unidade de Reabilitação Respiratória
do Hospital Santa Maria
Tel.: 21 780 54 03

Elaborado por:

Enfª Luciana Pires (Aluna da Especialidade em Reabilitação da ESEL) com orientação da Sra. Enfª Mª Joaquina Ribeiro da Unidade de Reabilitação Respiratória do HSM.



Câmara expansora



1. Remover a tampa do inalador.
2. Aquecer e agitar o inalador (para misturar o medicamento).
3. Conectar o inalador à câmara expansora.
4. Deite o ar todo fora (expirar).



6. Mantenha 5-10 segundos esta inspiração para a medicação ter tempo de chegar aos pulmões e se depositar.
7. Expire normalmente.
8. Guarde o inalador em local limpo e seco.



Limpeza da câmara:

1. Lave a câmara 1x por semana.
2. Desmonte todas as peças para lavar.
3. Lave com detergente suave e água corrente.
4. Deixe secar ao ar.
5. Guarde em local limpo e seco.